Tracts 1559

N° ~~89~~
1

DE

L'ASSISTANCE MÉDICALE
DES FEMMES INDIGÈNES
EN ALGÉRIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1905

PAR

Madame Hélène ABADIE-FEYGUINE

Née à Samara (Russie), le 21 mai 1881

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
LIBRARY

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU « MONTPELLIER MÉDICAL »

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... Doyen
TRUC ..... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. GUERIN...	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.

Professeur adjoint : M. RAUZIER.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS E. (✻).
Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VAUTOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, agr. lib. prof. adj.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VIRES.	MM. GUÉRIN.
DE ROUVILLE.	VEDEL.	SOUBEIRAN.
PUECH.	JEANBRAU.	GAGNIÈRE.
GALAVIELLE.	POUJOL.	ED. GRYNFELTT.
RAYMOND.	ARDIN-DELTEIL.	

M. IZARD, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FORGUE, Professeur, *Président*.	MM. JEANBRAU, Agrégé
RAUZIER, Professeur adjoint.	GUÉRIN, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

A GRICHA ET LIOUBA

A MON MARI ET A NOTRE FILS JEAN

A MES PARENTS DE FRANCE

A MES AMIES ET AMIS

H. ABADIE-FEYGUINE.

A Monsieur le Professeur FORGUE

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

VIALLETON, ESTOR, RAUZIER

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

JEANBRAU, GUÉRIN

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE & DE LA FACULTÉ DES SCIENCES

H. Abadie-Feyguine.

A MONSIEUR JONNART

GOUVERNEUR GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE

H. ABADIE-FEYGUINE.

PRÉFACE

Après cinq ans passés en France, et dont un résultat bien imprévu a été de faire de moi une Française d'adoption, il m'est agréable de remercier les maîtres que j'ai eus à la Faculté des Sciences et à la Faculté de Médecine ; en dehors du côté utilitaire de leur enseignement, j'ai appris à estimer l'esprit de clarté et de synthèse bien propre au génie français ; on l'apprécie surtout à la longue et par comparaison.

Hors de la Faculté, MM. les professeurs Forgue et Rauzier, M. le professeur agrégé Jeanbrau, m'ont donné des preuves de sympathie que je ne saurais oublier.

Au moment où la distance et le temps vont m'éloigner plus encore de mes camarades russes, je tiens à leur exprimer ma vive reconnaissance pour toute leur amitié affectueuse ; elle m'a rendu plus faciles les pénibles moments du début de mes études

Je dois à M. Larivière, rédacteur en chef du *Petit Parisien*, et à M. Jean Dupuy, sénateur, d'avoir pu terminer si rapidement mes études médicales ; je leur en suis profondément reconnaissante.

Le sujet de thèse que j'ai adopté, m'a intéressé à plusieurs titres : comme Algérienne, j'avais le vif désir de voir comment, en Algérie, la France s'était posé le problème de l'Assistance médicale des indigènes, quelles raisons avaient poussé la Métropole à seconder ainsi les vaincus d'hier ;

comme femme, le sort de la femme indigène surtout me préoccupait ; comme femme-médecin, je sympathisais à l'avance avec une œuvre où les doctoresses jouent le principal rôle ; et j'allais presque dire : comme Russe, il me plaisait de rencontrer parmi ces dernières des compatriotes d'origine.

Je dois remercier ceux qui ont si aimablement facilité la recherche des documents nécessaires : le Gouvernement général d'Alger; M. Chatrousse, administrateur à la section des affaires indigènes de la préfecture d'Oran ; M Giraud, délégué financier; M. Jacques, avocat défenseur; l'*Echo d'Oran*, m'ont fourni des renseignements officiels ou autres très utiles.

Je remercie surtout les femmes-médecins algériennes qui, avec une bonne grâce et une rapidité si aimables, ont répondu presque toutes [1] à mes demandes.

[1] Je dis presque toutes : Voici en effet quelle réponse (la seule de ce genre) m'a été adressée sur un bon de médicaments :

« Madame, je suis réellement étonnée que votre professeur vous ait conseillé de faire une thèse sur un sujet qui vous est totalement étranger ; la thèse est ordinairement le couronnement des études ; à Paris au moins il en est ainsi.

» Le sujet, en outre, est mince ; nous sommes six femmes-médecins en Algérie, dont deux Algériennes ; il n'est pas probable qu'aucune d'elles vous livre des documents qu'elle pourra utiliser pour son compte ; moi-même, je suis venue en Algérie spécialement pour étudier la pathologie des femmes arabes et je compte faire une communication sur ce sujet au Congrès de Lisbonne.

» Il y a une brochure officielle des infirmeries indigènes, qui est complète. Je ne suis pas à la tête d'une infirmerie. Ces infirmeries sont peu intéressantes. Je fais la consultation quotidienne et ai déjà vu, de fin janvier jusqu'à présent, 2000 malades.

» Si j'ai un conseil à vous donner, c'est de choisir un autre sujet de thèse ; vous risquez fort soit de manquer des documents, soit d'avoir des documents faux. Certaines personnes n'auront pas le courage de vous dire que les observations et les travaux sont personnels et aimeront mieux se moquer de vous en vous disant des choses invraisemblables. Veuillez agréer, etc... »

Et comme ma lettre était signée H. Abadie-Feyguine, ceci suivait :

« Vous ignorez sans doute, Madame, que les docteurs françaises gardent toujours

Je dirai plus particulièrement merci à Mme le docteur Jules Légey, dont on appréciera plus loin le rôle prépondérant; à Mme Maurin, à Mlles Broïdo, Eudel, Kamensky, à Mme Liehrmann, etc.

Dans cette étude, nous ne pouvons parler avec une compétence personnelle; mais nous avons cherché à nous faire une opinion en rapprochant les opinions émises précisément par ceux et celles qui peuvent juger en connaissance de cause. Il est donc naturel que nous leur fassions de fréquents emprunts; bien souvent nous avons été tentée de leur laisser longuement la parole, tellement il nous semblait désirable de faire partager à qui nous lirait le plaisir que nous éprouvions nous-même à entendre exposer des faits pleins d'intérêt ou émettre des jugements éclairés.

L'Assistance médicale des femmes indigènes en Algérie comprend à l'heure actuelle :

1° Des institutions communes et aux hommes et aux femmes. Ce sont : hôpitaux, institut Pasteur d'Alger, infirmeries indigènes, service des consultations gratuites et des vaccinations, soins donnés par des auxiliaires médicaux bénévoles ou spécialement formés, sources thermo-minérales.

2° Des institutions spécialement destinées aux femmes : infirmeries particulières avec médecins-femmes, services de consultations gratuites assistance aux femmes en couches.

Le *plan* de cette étude sera le suivant :

Chapitre I. — Aperçu historique montrant le développe-

leur nom propre personnel et ne prennent jamais le nom de leur mari, habitude illégale, surtout dans notre métier. »

Voilà qui est nouveau ! Mais tout commentaire est inutile à cette succession d'affirmations contestables ou de suppositions peu charitables à autrui; au reste le détail relatif au Congrès de Lisbonne est suffisamment explicatif.....

ment progressif de l'assistance médicale indigène et *la part importante réservée actuellement à l'assistance spéciale de la femme indigène.*

Chapitre II. — Étude rapide des institutions communes et aux hommes et aux femmes; quels sont les résultats obtenus et sont-ils encourageants? Et, question plus intéressante pour nous, *ces institutions suffisent-elles pour la femme indigène?*

Chapitre III. — Étude plus détaillée des *institutions propres à la femme indigène*; mentalité de celle-ci, résultats obtenus, ce qu'on peut en attendre; institutions à perfectionner ou à créer.

Chapitre IV. — *Rôle de la femme-médecin* dans l'assistance médicale indigène.

Conclusions.

DE

L'ASSISTANCE MÉDICALE

DES FEMMES INDIGÈNES

EN ALGÉRIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

I. — Tout était à faire en Algérie au point de vue médical au moment où la France y établit son influence.

Comme le résume nettement une notice que nous devons au Gouvernement Général, «le gouvernement turc, qui nous précéda en Algérie, n'a laissé dans ce pays aucune trace d'organisation de l'Assistance musulmane. Il n'existait ni infirmerie, ni hôpitaux, pas plus dans les villes que dans les campagnes. L'exercice de la médecine n'était soumis à aucun contrôle. Des hommes tenant à la fois du rebouteux et du sorcier s'improvisaient médecins. Leur succès dépendait exclusivement de leur plus ou moins grande habileté à inspirer confiance à une clientèle éminemment crédule à laquelle ils délivraient, dans les cas exceptionnellement graves, des amulettes protectrices. Il y en eut même qui pous-

sèrent assez loin la connaissance des propriétés des plantes ou de certaines substances végétales, mais tout était laissé à l'initiative de chacun. On ne constate pas, d'ailleurs, sans une certaine surprise, en remontant dans l'histoire de l'Afrique du Nord jusqu'aux dynasties arabes et berbères, qu'il ne fut fait dans ce pays aucun effort sérieux pour y importer les connaissances et les institutions médicales qui brillaient alors d'un si vif éclat à Bagdad ou à Cordoue, et on ne peut constater sans étonnement que les découvertes si remarquables des Pharès ou des Avicenne, dont les œuvres devaient faire école si longtemps en Europe, paraissent n'avoir provoqué aucune émotion et soulevé aucune émulation chez les musulmans du nord de l'Afrique. »

Des faits actuels empruntés à l'exercice de la médecine telle qu'elle est encore pratiquée par les médecins indigènes, par les « thebibs » ou « toubibs » montrent assez leur incapacité. Si dans certaines tribus algériennes et marocaines, la trépanation est pratiquée par certains d'entre eux avec une facilité et une habileté opératoires assez surprenantes, leurs talents chirurgicaux n'en restent pas moins contestables. Voici, à titre d'exemple, une citation de la *Gazette médicale de Paris*, où se trouve décrite une amputation [1] : « J'ai joui, dit un médecin militaire, du spectacle très rare d'une amputation. Le patient fut couché, le bassin sur le bord d'un trou creusé en terre, dans lequel le toubib se plaça. Plusieurs couteaux chauffaient sur des charbons ardents. Deux de ces instruments suffirent pour pratiquer la section des chairs jusqu'à l'os, section que le chirurgien arabe pratiqua de but en blanc, sans s'inquiéter de la rétractilité des chairs et de la conicité du moignon qui en est la conséquence. La lame d'un troisième couteau fut promenée à plat sur la surface musculaire du moignon

[1] Gomma ; *L'Assistance médicale en Tunisie*, th. Bordeaux, 1904, p. 53.

pour en arrêter l'hémorragie. On plaça un billot sous l'os que le toubib coupa d'un coup de hache et qu'il égalisa ensuite tant bien que mal avec son couteau. Le moignon fut enfin placé dans un épais cataplasme de bouse de vache, de crottins de cheval et de terre glaise. Le malade guérit. »

Le Dr Gomma rapporte qu'il a lui-même passé, certain jour, une heure à décaper le visage d'une petite fillette indigène tombée la face dans le feu et que l'on avait masquée avec « un ignoble mélange, où la fiente de chameau s'associait à de l'urine, à des olives triturées, à de la terre et je ne sais plus trop quoi encore ».

Voilà donc à quelle primitive thérapeutique avaient recours fatalement et ont encore souvent recours volontairement les malades indigènes. Pointes de feu, henné, mélange plus ou moins savant d'herbes, de miel, d'huile, de goudron, constituent les moyens les moins inoffensifs, ordinairement associés aux pèlerinages auprès de tel ou tel marabout vénéré, « aux sachets contenant de saintes paroles ou de puissantes reliques, aux boissons dans lesquelles on a fait dissoudre, pour les mieux assimiler, les versets du Koran écrits à l'encre au fond d'une assiette au préalable pieusement placée près du malade » [1].

« *Du côté des femmes* (notice du gouvernement général), l'art médical était exercé par des matrones qui paraissent avoir été assez nombreuses dans les tribus ou dans les villes. Ces matrones acquerraient quelquefois une assez grande réputation dans l'art des accouchements ; elles donnaient aussi leurs soins aux jeunes enfants, principalement aux filles. Souvent aussi leurs pratiques audacieuses et leur manque d'habileté les rendaient fort dangereuses à leur naïve clientèle. »

[1] Dr Foubert ; Infirmerie indigène de Marnia. Alger, 1904.

Il en est de même à l'heure actuelle ; la mortalité des femmes en couches est considérable du fait de l'absence de tout secours ou du fait de manœuvres brutales. Nous en citerons au Chapitre III des exemples typiques. L'historique, la suite de notre étude, montreront tout ce qui a été fait au point de vue médical ou chirurgical, mais combien il reste à faire au point de vue obstétrical.

Les suites de couches sont plutôt négligées ; un heure après sa délivrance, l'accouchée est déjà sur son lit, et le troisième jour elle reprend ses occupations coutumières. D'après Mme le docteur Chellier-Castelli, les hernies de la ligne blanche sont très fréquentes, les prolapsus génitaux également.

Enfin les avortements sont nombreux, soit dus à des syphilis méconnues, soit intentionnels, et le nombre en est considérable malgré les préceptes du Coran.

En somme, avant l'occupation française, on peut considérer l'assistance médicale indigène comme nulle ou dangereuse.

II. — Dès l'occupation, il n'en est plus de même et l'indigène reçoit des soins, mais par ricochet, si l'on peut dire. Au fur et à mesure de la conquête, les médecins militaires s'efforcèrent de donner leurs soins et leurs conseils aux populations musulmanes voisines des postes. En outre, les établissements hospitaliers organisés par nos troupes reçurent un certain nombre de malades indigènes. Et depuis lors, à mesure que successivement ces *hôpitaux* primitivement militaires sont devenus mixtes, et que des hôpitaux civils indépendants ont été créés avec un cadre médical également civil, les Indigènes ont été assimilés aux Européens au point de vue de leur hospitalisation. Peu à peu leur confiance dans les médecins « roumis » s'est accrue, et ils ont eu plus fré-

quemment recours à eux, convaincus par les résultats obtenus.

III. — Mais ainsi que M. Jonnart l'exposait en 1904, devant les Délégations Financières, du fait même de l'égalité existant entre les sujets musulmans et nos nationaux dans les établissements hospitaliers, « nous étions amenés à soumettre les premiers à un régime très éloigné de leurs habitudes et de leurs conditions d'existence ordinaires. Les malades indigènes, ou tout au moins un grand nombre d'entre eux, redoutent l'isolement au milieu de malades européens, dont la langue et les mœurs ne leur sont pas familières : ils hésitent à se soumettre à un régime alimentaire que leur religion leur interdit et répugnent à se servir d'un matériel de couchage dont le confortable même constitue pour eux une véritable gêne.

» Il convient de remarquer, en outre, que les hôpitaux civils ou mixtes sont répartis sur le territoire de la colonie, à de grandes distances les uns des autres, qu'ils sont en nombre insuffisant eu égard au chiffre de la population indigène et que leur situation dans les grands centres les met hors de la portée des indigènes fixés en majeure partie dans les douars.

» Il est résulté de ces diverses circonstances que beaucoup de malades indigènes ne recevaient pas de soins médicaux ou étaient livrés à l'ignorance et aux pratiques souvent dangereuses des empiriques. Il est, en effet, impossible, dans la plupart des cas, en raison des distances, d'assurer les soins médicaux à domicile par des médecins français. Il est à peine besoin d'ajouter que le genre de vie et d'installation des indigènes de la classe pauvre, dans des gourbis ou sous la tente, les place dans des conditions très défavorables pour le traitement des maladies les plus com-

munes. Et il faut encore signaler que les indigènes qui font des études de médecine à l'Ecole d'Alger se fixent tous, sans exception, dans les villes, au milieu de la population européenne, et jamais en pays arabe.

» Un premier pas a été fait en 1874 [1], dans la voie de l'organisation d'une *Assistance spéciale pour les indigènes.* Sous le gouvernement du général Chanzy, un hôpital, destiné exclusivement à nos sujets musulmans, fut construit à Saint-Cyprien-des-Attafs, à l'aide de subventions importantes allouées sur le budget de l'État à l'archevêque d'Alger, Mgr Lavigerie. Plus tard, M. le gouverneur général Cambon. poursuivant cette œuvre, passa dans des conditions analogues, avec le procureur général de la Société des Missionnaires d'Afrique, des contrats en vertu desquels ont été édifiés des hôpitaux indigènes à Arris, aux Beni-Menghellet, à Biskra et à Ghardaïa. Il convient de citer pour mémoire l'hôpital d'El-Abiod-Sidi-Cheik, qui n'eut qu'une existence de peu de durée.»

Il y avait plus et mieux à faire : depuis l'arrivée de M. Cambon, puis de M. Jonnart au Gouvernement Général, l'organisation des services médicaux aux indigènes est entrée dans une phase nouvelle, et des *infirmeries spéciales* ont été créées. Quelques essais disséminés ont d'abord été tentés : l'initiative en revient aux médecins; au Gouvernement Général revient le mérite d'avoir compris et soutenu les efforts personnels et d'avoir immédiatement mis à exécution les projets formés. Il est intéressant de lire les débuts de l'infirmerie spéciale de Marnia, créée par M. le médecin-major Foubert, médecin-chef de l'hôpital militaire de Marnia [2].

[1] Déjà de 1854 à 1859, une infirmerie indigène avait fonctionné à Sidi-bel-Abbès; son histoire a été racontée par le médecin-major H. Bertrand : *Recueil de Mém. de méd., chir., pharm., militaires*, t. XVIII, Paris, 1867.

[2] Voir : Rapport du méd.-maj. de 2e cl. Foubert, médecin-chef de l'hôpital

surtout fréquentée par des Marocains de la région d'Oudjda. C'est en septembre 1901 que le Gouverneur Général prescrivit une étude relative à son organisation : c'est en avril 1902 qu'elle put entrer en action. En octobre 1901, M. le médecin principal Heuyer, directeur du service de santé à Oran, engageait M. le docteur Romary à chercher à obtenir à Aflou (territoire de Tiaret) la création d'un établissement semblable à celui de Marnia : l'infirmerie fonctionnait en août 1903 [1]. A Géryville, sur l'initiative de M. le médecin-major Coste, une maison de style arabe, affectée au traitement médical des indigènes, sous le nom de «Dar-et-Toubib» fonctionne depuis novembre 1902, et le 8 novembre, M. le Dr Coste y faisait sa première opération importante. Peu à peu, le nombre de ces infirmeries spéciales augmentait, soit en territoire militaire, soit en territoire civil où elles sont confiées à des médecins de colonisation. Partout des salles spéciales sont réservées aux femmes avec une infirmière qui est toujours une de leurs coreligionnaires.

IV. — Malgré l'esprit nouveau qui avait présidé à l'organisation des infirmeries indigènes : respect des mœurs et des croyances religieuses, simplicité d'organisation permettant aux malades de vivre selon leurs habitudes, les femmes n'en restaient pas moins négligées ; car les indigènes les tenaient systématiquement écartées et ne consentaient qu'à de bien rares occasions et dans les cas d'extrême urgence à les confier aux soins de nos praticiens. De telle sorte que longtemps, pour elles, la situation au point de vue médical subsista telle qu'elle avait été établie du temps des Turcs.

militaire de Marnia au sujet du fonctionnement de l'infirmerie indigène en 1903. Alger, Jourdan, 1904.

[1] Dr Romary ; L'assistance médicale indigène en territoire militaire ; l'infirmerie arabe d'Aflou. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1904, nos 3 et 4.

Et pour quelles causes? D'une part, sans doute, parce que la femme indigène est considérée par son mari comme une quantité négligeable, souvent comme une vraie bête de somme, dont la conservation importe peu si elle n'est pas valide; et lorsque des soins sont nécessaires, son maître ne voit point l'avantage des forces nouvelles dues à la guérison, mais il voit d'abord la longueur du traitement et le nombre de jours pendant lesquels la femme ne travaillera pas pour lui et sa maison. — D'autre part, et c'est là la raison fondamentale, parce que, dans les hôpitaux et dans les infirmeries indigènes, ceux qui soignent les femmes sont des hommes. Pour être traitée, la femme indigène et son maître veulent une femme, surtout lorsqu'il s'agit d'affections génitales.

Nous trouvons dans Gomma[1] cette réponse typique d'un homme que Wiehn essayait de convaincre de la nécessité d'un toucher vaginal sur sa femme : « D'abord, il n'est pas de mode que les femmes arabes montrent leur derrière à d'autres qu'à leur mari et, d'autre part, il vaut mieux ne pas me donner de remèdes plutôt que de m'en donner un qui serait inefficace. Ensuite, ma femme est vieille et désagréable; si elle meurt, je ne perdrai pas beaucoup et j'aurai même plus de facilité à m'en procurer une autre plus jeune et plus aimable. »

Parlant de la femme Chaouïa, d'accès plus facile que la femme arabe, Mme Chellier écrit : « Mais, comme partout ailleurs, elle se refuserait à accepter les soins d'un médecin qui ne serait pas de son sexe, que le praticien soit musulman ou chrétien, tandis qu'elle se livre et donne une entière confiance à la femme. »

Déjà, en 1863, le docteur Potin, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger, terminait son discours sur la triste situa-

[1] Th. Gomma, p. 109.

tion des femmes arabes par ces mots : « Ce que le médecin homme ne saurait faire, la femme médecin le réalisera peut-être. » M. Duruy eut l'idée de créer une institution de femmes médecins; l'impératrice Eugénie la patronait. La chute de l'Empire entraîna ces projets.

Du reste, l'idée n'était pas absolument neuve[1]; on la trouve exprimée dès 1307 par Pierre du Bois, exposant à Edouard Ier, roi d'Angleterre, un plan pour achever et compléter l'œuvre des croisades. Préparées dans des instituts spéciaux où on leur apprendrait « ... assez de latin pour le comprendre, assez de grec, d'hébreu et d'arabe pour converser avec les populations orientales et assez de sciences naturelles, de médecine et de chirurgie pour pratiquer l'art de guérir, ainsi instruites et envoyées en Orient, des femmes ne manqueraient pas de gagner comme médecins, par leur science et leur habileté, la confiance des peuples. »

Il faut arriver à 1895 pour trouver un commencement de réalisation pratique. C'est en effet à ce moment que Mme Chellier, doctoresse, fut chargée par M. Cambon, gouverneur général, d'étudier, au cours de plusieurs missions, la pathologie de la femme arabe et les moyens de lui assurer les soins médicaux Mme Chellier a consigné dans deux rapports, dont la lecture est pleine d'intérêt, le résultat de ses études sur place[2]. Nous leur ferons de fréquents emprunts.

L'étude préliminaire faite, on tente une application pratique, et on nomme une sage-femme à l'hôpital indigène de St-Cyprien des Attafs. On avait, en cela, visé un double but :

[1] Gomma; *loc. cit.*, p. 110.

[2] Chellier (Dorothée); Voyage dans l'Aurès. Notes d'un médecin envoyé en mission chez les femmes arabes. Tizi-Ouzou, 1895.

Chellier (Dorothée); Notes de voyage et rapport à M. le Gouverneur général d'une mission médicale chez les indigènes d'Algérie Montélimar, 1897.

assister les femmes arabes qui se présenteraient à l'hôpital pour leurs couches; recruter des élèves indigènes, surtout les matrones, qui auraient ainsi appris par la pratique l'art des accouchements. En même temps, étaient installées sur divers points, notamment en Kabylie, des sages-femmes chargées de faire aux indigènes des cours d'obstétrique et de lutter contre les pratiques dangereuses de certaines matrones. Cette dernière expérience ne réussit pas, et pour deux raisons. D'abord, les femmes musulmanes, préférant mille fois rester dans leur gourbi, ne vinrent point demander assistance dans les établissements hospitaliers au moment de leur terme. On manqua d'accouchées et l'on ne manqua pas moins d'élèves. « Que faire pour s'en procurer? On fit savoir, nous dit le professeur Soulié [1], aux matrones indigènes, qu'elles recevraient un franc de prime pour chaque jour de présence : la face des choses changea du soir au lendemain ; le cours fut fréquenté par un nombre considérable d'auditeurs. Les aspirantes étaient si nombreuses, que la dépense aurait atteint 100.000 francs par an, si on n'avait pas modifié le système de recrutement. Il fut décidé de supprimer l'allocation de 1 franc par jour et de la remplacer par des primes d'encouragement données aux plus méritantes. Dès que cette réforme fut appliquée, elle produisit un effet radical sur le zèle des aspirantes. Toutes se dispersèrent : pas une ne continua à suivre les leçons. » Tout au moins, s'il en fut qui revinrent un peu instruites dans le douar, elles s'empressèrent, la plupart du temps, d'adopter les pratiques depuis longtemps suivies par les matrones du pays ou même abandonnèrent totalement les accouchements. En présence des résultats négatifs donnés par cette institu-

[1] Soulié ; L'Assist. publ. chez les indigènes musulmans de l'Algérie. *Bull. méd. de l'Algérie*. Octobre 1903.

tion, les sages-femmes, sauf celle de l'Hôpital indigène de Michelet, furent supprimées. Donc, de ce côté, échec.

Il n'en fut pas de même avec la création des *infirmeries spéciales aux femmes*, dirigées par des *médecins spéciaux pour femmes, par des doctoresses.*

C'est à Mme Légey que revient l'idée de cette institution. Elle en avait entretenu M. Jonnart lors de son premier passage au Gouvernement Général, et trouvant auprès de lui un accueil favorable, elle commença l'installation d'une clinique indigène pour femmes, en plein Alger, en 1902.

« Lorsqu'en avril 1902, nous écrit-elle, je créai à Alger la première consultation médicale pour les femmes et les enfants indigènes, j'étais remplie d'enthousiasme et sûre du succès définitif de cette œuvre de propagande française. Des essais de trop courte durée avaient été faits quelques années auparavant. La question avait été entrevue puis abandonnée. Aussi, me disait-on : « Cette tentative est inutile; on a »essayé, il n'y a rien à faire. Les femmes arabes ne viendront »pas à votre consultation. » J'essayai cependant et dans des conditions plutôt défectueuses. Dans un local petit, malsain, voisinant et même commun avec un refuge de nuit indigène repoussant de malpropreté, et une geôle où l'on enfermait les filles soumises raflées pendant la nuit, je vis les malades arriver rapidement en grand nombre. Et maintenant l'idée a suivi son chemin et les infirmeries indigènes naissentsur tous les points de l'Algérie, grâce à l'intelligente initiative de M. Jonnart, notre Gouverneur Général, qui n'a pas hésité à faire de lourds sacrifices pour assurer l'assistance médicale aux indigènes sur tout le territoire algérien, grâce aussi au concours dévoué des médecins qui consentent à assumer cette tâche souvent bien lourde. »

L'élan était donné; des Cliniques semblables à celles d'Alger ont été ouvertes à Oran, Constantine, Tlemcen,

Maison-Carrée, dirigées par des femmes médecins. Enfin, des doctoresses également ont été installées à Bone, Blida, Miliana et chargées de donner des consultations gratuites aux femmes et aux enfants musulmans.

Enfin, en même temps que l'on s'occupe à l'heure actuelle de la formation d'*auxiliaires médicaux* indigènes destinés à aider les médecins de colonisation, en même temps que l'on donne aux instituteurs et institutrices des notions d'hygiène pratique qui leur permettent de donner et des indications utiles et même des soins élémentaires, on étudie, en ce qui concerne les femmes, les moyens d'instruire des *sages-femmes indigènes*.

En résumé, le *développement en Algérie de l'assistance médicale des femmes* comprend quatre périodes.

Avant l'occupation française, la femme indigène recourt aux *thalebs* avec leurs feuillets du Coran et leurs incantations, aux *toubibs* et aux *matrones*, plus souvent nuisibles qu'utiles.

Après l'occupation, elle peut d'abord aller dans les *hôpitaux* où, comme les Européens, elle est soignée par des médecins militaires ou civils.

Puis dans des *infirmeries indigènes* où, avec les indigènes de l'autre sexe, elle recevra les soins de médecins de colonisation, mais de médecins hommes.

Enfin, et presque simultanément, pour elle sont instituées des infirmeries spéciales avec des *femmes médecins*.

Et l'on s'occupe de l'éducation obstétricale de *sages-femmes indigènes* à disséminer dans les douars.

CHAPITRE II

INSTITUTIONS COMMUNES AUX INDIGÈNES HOMMES ET FEMMES

Ce sont :

A. — Les établissements hospitaliers, hôpitaux civils ou mixtes, desquels nous rapprocherons l'Institut Pasteur d'Alger ; ces divers établissements ont, en effet, ce point commun d'être destinés aussi bien et même plutôt aux Européens qu'aux indigènes.

B. — Les infirmeries indigènes. Le service des consultations gratuites et des vaccinations.

C. — Les soins donnés par des auxiliaires médicaux non professionnels et professionnels.

D. — Les mesures contre les ophtalmies, le paludisme.

E. — Les sources thermo-minérales.

Nous en exposerons brièvement le mode de fonctionnement, les résultats bruts ; puis, nous les apprécierons, surtout au point de vue de la femme indigène.

Malgré tout l'intérêt que ces institutions présentent, nous ne pouvons ici en donner une étude un peu complète ; ce serait sortir du cadre volontairement limité que nous avons adopté. Mais nous citerons à mesure les publications spéciales auxquelles on devrait se reporter.

A. — Hôpitaux

Les hôpitaux n'existent que dans les centres importants. Les uns sont entièrement civils, tant au point de vue administratif qu'au point de vue personnel ; les autres sont mixtes, c'est-à-dire que, soumis à la direction militaire, pourvus de médecins militaires, ils hospitalisent à la fois et les militaires et les malades civils.

Dans tous ces établissements hospitaliers, les indigènes sont admis au même titre que les Européens Toutefois leur nombre reste peu élevé et l'on rencontre surtout des indigènes habitant les villes mêmes où se trouvent les hôpitaux.

Peu d'entre eux viennent directement de l'intérieur des terres ; si oui, c'est qu'ils ont été déjà examinés par le médecin de colonisation à l'infirmerie indigène ou dans une consultation gratuite, et envoyés ensuite à l'hôpital pour y subir une intervention chirurgicale ou y bénéficier de traitements spéciaux.

Institut Pasteur. — Fondé le 1er novembre 1894, l'Institut Pasteur assure à la fois le traitement antirabique, la distribution du vaccin antivariolique, la préparation de divers sérums, les analyses bactériologiques, etc.

Contre la rage, l'Institut Pasteur a soigné, du 1er novembre 1894 au 31 décembre 1903, 4.765 malades.

En voici la répartition de 1894 à 1902 :

	HOMMES	FEMMES
Français	1.257	454
Espagnols	292	107
Autres étrangers	126	44
Israélites	58	27
Musulmans	840	181

Comme on le voit, les indigènes viennent en second rang, ce qui tend à démontrer que ces derniers n'ont aucune répugnance à venir réclamer les bénéfices du traitement antirabique. Il en est de même en 1904[1], où l'on trouve :

Français	342
Espagnols	158
Musulmans	254
Israélites	19
Autres étrangers	27

Le service du vaccin antivariolique a, en 1904, distribué 44.969 tubes, soit 17.650 pour les communes de plein exercice, *26.919 pour le pays indigène, et 400 pour le Maroc.*

B. — Infirmeries indigènes mixtes. — Consultations gratuites. — Vaccinations

Nous entrons ici dans un domaine où le plus grand rôle est joué par les médecins de colonisation, et en territoire militaire, par les médecins de l'armée.

Il faut tout d'abord mettre à part les *hôpitaux indigènes* de Saint-Cyprien des Attafs, Arris, Beni-Menguellet, Biskra, Ghardaïa, bien qu'ils soient d'origine particulière : nous l'avons vu à l'étude historique.

Ces hôpitaux sont, comme administration et organisation, établis sur un plan analogue à celui des établissements hospitaliers que nous venons d'étudier ; mais ils ne reçoivent que des indigènes, hommes et femmes.

A noter : l'admission des vieillards ou des incurables, chose que nous ne retrouvons pas dans les infirmeries indigènes.

[1] Nous manquons de documents pour 1903.

Voici des chiffres qui donnent une idée de leur rendement :

Le nombre de lits varie de 80 à 120.

Le prix de la journée évolue entre 1,20 et 1,60.

En 1904, 3,564 indigènes ont été hospitalisés comme malades, 45 comme infirmes ou incurables.

Nous relevons comme nombre de *femmes traitées* ou admises comme pensionnaires incurables :

Saint-Cyprien-des-Attafs ...	483 malades	3 incurables.
Michelet.....	327 —	11 —
Arris.....	118 —	
Biskra	203 —	
Ghardaïa.....	22 —	

soit un total de 1,153 femmes malades (hommes : 244) et 14 femmes incurables (hommes : 31).

Les *infirmeries indigènes* ont pour but, « non point de séparer par principe l'assistance médicale des indigènes de celle des Européens, mais seulement de compléter, au profit des indigènes, l'organisation de cette assistance dans les régions où ils sont trop éloignés des établissements hospitaliers pour pouvoir en profiter et de mettre à leur disposition des locaux où ils se sentent un peu plus chez eux que dans nos hôpitaux ordinaires [1] ».

Avant le 1er janvier 1904, les infirmeries mixtes ouvertes étaient celles de Port-Gueydon, Rébeval [2], Gouraya, Bouïra, Oran, Mascara, Sidi-bel-Abbès, Nédroma, Tiaret, Zemmora, Aïn-Temouchent, Saint-Lucien, Marnia [3].

[1] *Assistance médicale des Indigènes.* — Circulaire du Gouverneur général aux préfets, 5 décembre 1904. Cette circulaire indique les règles générales qui devront désormais être suivies pour assurer aux services créés pour l'assistance médicale des indigènes tout leur effet utile et uniformiser autant que possible l'organisation des infirmeries indigènes et des consultations médicales.

Pour plus de détails, lire :

[2] Dr Gros ; L'infirmerie indigène de Rébeval, 1903.

[3] Dr Foubert ; *loc. cit.*

En 1904, 36 furent ouvertes, à savoir :

Département et division d'Alger : Berrouaghia[1], Beni-Hindel, Dra-el-Mizan, Aïn-Bessem[2], Lavigerie, Médéa, Palestro, Beni-Mansour, Azazga, Sidi-Aïssa, Djelfa (ces trois dernières sont d'anciens hôpitaux transformés en infirmerie).

Département et division d'Oran : Tenira, Cassaigne, Ammi-Moussa, Tlemcen, Palikao, le Kreider, Aflou[3], Géryville.

Département et division de Constantine : Aïn-M'Lila, Lafayette, Jemmapes, N'gaous, Sidi-Aïch, Saint-Arnaud, El-Milia, Taher, La Medjana, Constantine, M'Sila, Oued-Marsa, Aïn-Abessa, Périgotville, Colbert, El Mahder, Kenchela.

Ce qui donne avec les premières un total de 50.

D'autres sont actuellement en voie de création dans les localités ci-après :

(Alger) : Vialar, Tizi-Ouzou, Aumale, Rabelais, Boghari, Chellala.

(Oran) : Telagh, Saïda, Frenda, El-Aricha.

(Constantine) : Herbillon, Morris, Morsott, Tiberguent, Gonnod, Laverdure, Mac-Mahon, Le Tarf, Collo, Châteaudun.

Les dépenses d'installation incombent, en principe, au budget communal, mais une subvention peut être accordée à la commune par prélèvement sur le produit des centimes additionnels affectés aux œuvres d'assistance et d'utilité publiques intéressant les indigènes, et provenant des indigènes mêmes.

Au reste, ces dépenses sont minimes. Il s'agit, en effet,

[1]. Dr Susini ; L'infirmerie indigène de Berrouaghia. *Bull. méd. de l'Algérie.* 1905, n° 6.

[2] Dr Poujol ; Trois mois de fonctionnement de l'infirmerie indigène d'Aïn-Bessem. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1904, n° 14.

[3] Dr Romary ; L'infirmerie arabe d'Aflou. *Bull. méd. Algérie*, 1904, n.os 3 et 4.

d'installations modestes, peu coûteuses, mais réalisant la solidité, l'hygiène, la propreté indispensables, sans aucun luxe d'aménagement ou d'ornementation [1].

Tantôt c'est un immeuble loué, puis transformé (Aflou, par exemple); tantôt c'est une construction neuve, autant que possible conforme à un plan général adopté une fois pour toutes. Deux salles de malades, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes, la seconde pouvant être moins grande que la première ; une pièce pour consultations et médicaments ; une chambre pour l'infirmier indigène ; une cuisine avec potager ; une salle de bains avec une baignoire; une petite chambre d'isolement ; deux cabinets d'aisance à la turque. Le tout plafonné, carrelé, blanchi à la chaux, revient, pour 15 à 20 malades et 200 mètres carrés de surface bâtie, à 10.000 francs environ (Taher, 9.300 fr.).

Le système de couchage se rapproche autant que possible de celui auquel les indigènes sont habitués, sans toutefois négliger les garanties de propreté et de bonne installation indispensables à des malades : presque partout on a adopté le lit militaire avec un matelas, un traversin en crin, deux ou trois couvertures de laine et de coton ; pas de draps de lit, mais une toile forte garantissant le matelas. Parfois, ces matelas sont posés à terre sur des nattes.

De même que l'installation, la nourriture se rapproche autant qu'il est possible de la nourriture habituelle de l'indigène. La cherba (bouillon, pâtes, viande), le tadjine (bouillon, viande, légumes frais), le couscous, y entrent pour une très grande part. Et ce n'est pas chose sans importance pour les musulmans que de savoir qu'ils seront nourris

[1] Le docteur Gros (de Rébeval) loge même ses malades dans des gourbis faits de roseaux revêtus de terre et couverts d'alfa. En cas de maladie épidémique, on y met le feu et on recommence. Coût : 30 fr. par gourbi.

selon leur coutume, et cela pour un prix qui est de 0 fr. 45 au maximum par repas.

Les médicaments sont fournis au malade par l'infirmerie; ils sont simples, proviennent soit de l'hôpital civil du chef-lieu du département, soit de la pharmacie centrale de l'hôpital de Mustapha ; dans des cas spéciaux seulement, ils sont pris au pharmacien de la localité.

Le service est assuré par le médecin de colonisation, qui, à heure fixe, fait la visite, ordonne les prescriptions, pratique les opérations d'urgence ou autres, suivant les nécessités et les ressources dont il dispose. L'infirmier est indigène, l'infirmière également, femme ou parente de l'infirmier.

En somme, on a visé à la simplicité, à l'utilité vraie, à l'adaptation aux mœurs indigènes. L'économie est devenue, grâce à cela, surprenante. Le prix total de la journée d'un malade est très sensiblement inférieur à celui des hôpitaux. Voici quelques chiffres :

A Marnia, l'infirmerie établie par M. le médecin-major Foubert a coûté, comme frais d'installation, la somme de 676 francs ; les frais de fonctionnement, comprenant le loyer de l'immeuble, le prix de la nourriture et des médicaments, le salaire de l'infirmier, ont été de 3,477 francs en 1902, avec 66 hospitalisés, 1.483 journées de malades, 4.000 consultants externes (auxquels sont fournis les médicaments nécessaires), et en 1903, ces chiffres sont respectivement de 5.190 francs, 123 malades, 3.785 journées, 10,950 consultants ! Le prix total de la journée d'un malade est inférieur à 1 franc.

Les infirmeries, en principe, ne doivent admettre que des indigènes pauvres, pour y être traités gratuitement ; par exception, on admet les malades non indigents trop éloignés des hôpitaux ; ils remboursent alors les frais de traitement d'après un tarif de journée déterminé. Il en est de même

pour les Européens qui, par exception, demandent à être admis.

Ni infirmes ni incurables ne sont admis.

En ce qui concerne particulièrement les femmes indigènes, peu de remarques à faire. Elles sont, toutes les fois qu'on le peut, dans un local entièrement isolé, dans un bâtiment séparé ; mais le plus souvent leur chambre spéciale est simplement distincte de celle des hommes, autant que possible avec une entrée spéciale ; leur salle d'attente, s'il y a lieu, est également spéciale ; sinon, on évacue préalablement la salle avant le moment où elles viendront. L'infirmière qui les soigne est également indigène.

Examinons, maintenant, les résultats obtenus. Voici le nombre de malades, femmes et enfants, soignés durant l'année 1904, dans les infirmeries mixtes [1].

	Hommes	Femmes	Enfants
Département d'Alger.....	1491	345	118
Division —	106	39	8
Département d'Oran.....	2252	4635	107
Division —	224	127	23
Département de Constantine.	351	54	37
Division —	»	»	»
	4424	1028	293

Malgré le total déjà respectable après si peu de temps d'essai, le nombre des femmes soignées dans les infirmeries mixtes n'atteint pas même le tiers de celui des hommes.

Le service des *consultations gratuites* est intimément lié à celui des infirmeries indigènes ; chacune de ces dernières est

[1] Nous avons compté à part les femmes et les enfants soignés dans les infirmeries spécialement réservées aux femmes et que nous étudierons plus loin.

complétée par les consultations données à heure fixe par le médecin de l'infirmerie.

En outre, elles sont instituées, partout où la chose est possible, dans les tribus; le médecin de colonisation pratique à cet effet des tournées à jour et heure fixes.

Dans les centres, la consultation est donnée dans une salle commune ou un local spécial mis à la disposition du médecin. Elle a lieu dans les douars, sur des points où les indigènes ont coutume de se rendre, particulièrement sur les marchés.

Voici des chiffres relatifs à l'exercice de 1904, qui donnent une idée de l'importance de ces consultations gratuites [1] :

Dans le département et la division d'Alger, le nombre de communes dans lesquelles fonctionne le service est de 108; le nombre de points sur lesquels se portent les médecins, de 194, le nombre des consultations, 156.807.

Pour Oran, les chiffres correspondants sont : 82, 140, 135.936.

Pour Constantine, 86, 200, 95 198.

Totaux : 276, 534, 387.941.

Nous n'avons pu avoir la répartition de ces chiffres spécialement pour les femmes.

Les *vaccinations antivarioliques* ont pour but de prévenir les épidémies de variole, si fréquentes dans la population indigène. Des tournées périodiques doivent être effectuées, au moins une fois par an, dans les territoires indigènes par le médecin de colonisation ou le médecin communal.

En même temps, les autorités locales doivent s'attacher à faire disparaître la pratique si dangereuse de la variolisation.

[1] M. Jonnart; Exposé de la situation de l'Algérie (1904). — Heintz, Alger; p. 154.

Les chiffres que nous avons cités au paragraphe de l'Institut Pasteur montrent le développement déjà pris par les vaccinations. Il y a souvent des résistances à vaincre, dues surtout à l'ignorance. Les moyens de convaincre sont variés : la persuasion verbale, la persuasion autoritaire de l'agent de l'autorité locale qui accompagne le médecin, l'exemple donné par les chefs de tribu préalablement convaincus, etc. De plus en plus, la vaccination est admise facilement.

C. — Auxiliaires médicaux

Il y a d'abord les auxiliaires professionnels, si l'on peut ainsi parler. Nous entendons par là les *auxiliaires médicaux indigènes*, analogues à ceux qui ont été institués en Tunisie en novembre 1903. Les mesures prises pour leur création en Algérie datent de 1904.

« Leur mission, dit M. Jonnart[1], consistera à assister les médecins de colonisation, soit dans les infirmeries indigènes, soit dans les consultations données dans les tribus ou sur les marchés ; ils pourront être chargés, sous la direction et le contrôle du médecin, de distribuer et d'administrer certains médicaments, de faire un pansement préparatoire, de pratiquer la vaccinations, lavages antiophtalmiques et tous autres petits travaux qui sont ordinairement confiés à un infirmier inexpérimenté. En aucun cas, ils ne seront autorisés à exercer la médecine ou la pharmacie. »

Recrutés au concours parmi les jeunes indigènes de 19 à 24 ans, ils font deux années de stage préparatoire à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger pour y recevoir une

[1] *Loc. cit.*, p. 147.

instruction théorique et pratique élémentaire[1]. Ils sont placés sous la surveillance du directeur de la Médersa, d'Alger, et disséminés par petits groupes dans des maisons convenables. Chaque année se termine par un examen, et la scolarité par un certificat.

Le premier concours d'admission a eu lieu en octobre 1904 ; sur 45 candidats, 12 ont été admis.

A côté de ces auxiliaires spécialement destinés à l'assistance médicale, il en est d'autres dont le gouvernement général a cherché à mettre à profit l'instruction ou la bonne volonté.

A l'Ecole normale *d'instituteurs* de la Bouzaréa, un enseignement de l'hygiène est donné à tous les élèves ; mais d'autres, instituteurs français, dits de « la section spéciale », reçoivent un enseignement de médecine usuelle, et dans un rapport[2] à ce sujet, M. Bernard, directeur de l'École normale d'Alger-Bouzaréa, décrit, peut-être avec une complaisance trop optimiste, les progrès de ses élèves, « futurs praticiens », auscultant des pleurésies, se livrant à l'examen des malades, suivant « pas à pas le cours des maladies », écoutant des leçons de clinique, évoluant à la fois chez les fous, les sujets atteints de maladies d'yeux, de maladies de la peau, de syphilis, etc .., expliquant ensuite « les causes de la maladie, ses phases probables, ses suites, le traitement qu'il convient d'instituer ». Bien plus, « ils connaissent leurs futurs malades, savent les précautions qu'il faudra prendre avec eux, les détours qu'il faudra employer, les artifices nécessaires quelquefois pour vaincre

[1] Voir à ce sujet : Rapport de la Commission spéciale. Programme d'études. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1904, n° 16.

[2] Rapporté partiellement *in* Jonnart. Rapport 1904, p. 385

leurs préjugés ». — Que de jeunes docteurs, ayant consacré *uniquement* à la médecine cinq et même dix ans d'études assidues, ayant en plus vécu comme internes dans les hôpitaux, n'osent en dire autant, et trouvent, au contraire, bien incomplète encore, leur connaissance de la psychologie du malade ! La médecine semble surtout facile à ceux qui l'ignorent ou plutôt l'effleurent seulement. . Il est vrai que M. Bernard ajoute : « L'enseignement médical que reçoivent les élèves de la section spéciale... est assez intéressant pour les inciter, par des études ultérieures et personnelles, à élargir leurs connaissances techniques et à augmenter leurs moyens de rendre service aux indigènes ! »

Cette instruction médicale donnée aux instituteurs, d'autre part, la création des auxiliaires médicaux indigènes, ont soulevé des critiques très vives ; on en trouve l'écho dans le *Bulletin médical de l'Algérie* [1].

Nous ne pouvons aborder ici cette discussion ; voici seulement très brièvement les reproches et les craintes formulés par les médecins en général. Au point de vue de l'indigène à secourir, il est à craindre qu'il ne reçoive des soins incompétents par insuffisance d'instruction doublée, par contre, de suffisance inconsciente ; ou qu'il soit exploité par l'auxiliaire indigène qui, restant indigène quoi qu'on fasse, retrouvera ses dispositions primitives et mieux que tout autre saura « faire suer le burnous ». Au point de vue du médecin, il est à craindre que l'autorité qu'il doit avoir théoriquement sur l'auxiliaire ne soit illusoire, et que, d'autre part, les empiètements de tant d'auxiliaires ne restreignent un champ d'action qu'il est seul en droit de posséder.

[1] Lire surtout la réponse à ces critiques : Soulié ; L'exercice de la médecine en pays arabe, *Bull. méd.* 1904, n° 13. — Claverie ; A propos des auxil. méd. indigènes, *Bull. méd. alg.* 1905, n° 2.

Il nous semble que semblable question doit se juger de haut, on doit se demander non pas tant s'il y a ou non « exercice illégal de la médecine », que s'il y a ou non services rendus aux indigènes. Les descriptions de M. Bernard sont faites pour expliquer certaines craintes, mais les lignes suivantes de M. Jonnart[1] traduisent l'esprit large avec lequel on doit concevoir le concours précieux des auxiliaires quels qu'ils soient, et l'esprit d'utilité mais de modestie qui doit guider ces derniers : « Il est matériellement impossible, en raison de l'éloignement et de l'éparpillement des populations indigènes, que le médecin aille partout. Du reste, les remèdes à appliquer à certaines maladies bien connues, n'exigent pas toujours l'intervention d'un homme de l'art. Tel est, par exemple, le cas des fièvres paludéennes; la distribution aux indigènes qui en sont atteints d'une dose de sulfate de quinine facile à déterminer peut être faite sans inconvénient par d'autres personnes, et notamment par les instituteurs français des écoles d'indigènes. » Dans cet esprit, il ne peut y avoir qu'entente entre médecins et instituteurs pour le bien des indigènes[2].

Des *pharmacies scolaires*[3], instituées en principe par M. Cambon, en 1900, ont été multipliées; établies dans les écoles d'indigènes, elles renferment des remèdes d'usage courant; tels que quinine, sulfate de zinc ou de cuivre, acide borique, etc. Mais les écoles situées dans un centre où réside un médecin ou un pharmacien n'en sont pas pourvues.

[1] Jonnart ; Assistance médicale des indigènes, circulaire 5 décembre 1904.

[2] Exposé de la situat. gén. de l'Algérie, 1904 Annexe par M. Jeammaire.

[3] Jonnart ; circulaire citée, p. 19.

D. — Ophtalmies. Paludisme

Le gouvernement général a édicté, en outre, une série de mesures destinées à combattre les *ophtalmies*, surtout dans les ksours de la région saharienne, dans les centres kabyles et dans les agglomérations de quelque importance Des lotions à l'eau boriquée sont pratiquées dans les douars aussi bien que dans les villes et dans les écoles à tous les indigènes dont les yeux sont fatigués ou malades : dans ce dernier cas, des soins spéciaux sont, en outre, donnés par des médecins. Ce service antiophtalmique a été organisé à peu de frais, grâce au concours le plus souvent gratuit des agents communaux européens et indigènes et des instituteurs. Les populations indigènes ont montré un grand empressement à solliciter les soins et l'acide borique qu'on mettait gratuitement à leur disposition [1]. Au reste, le chiffre de 3.208 k. 800 d'acide borique ainsi distribué en 1904 est assez éloquent.

Enfin, en 1904, une campagne a été entreprise contre le *paludisme*, même sur les indigènes. Mais elle y a rencontré de très grandes difficultés. Il est impossible de défendre les habitations indigènes contre les anophèles adultes. Il est très difficile, vu leur ignorance complète des éléments de l'hygiène, leur fatalisme, de persuader les indigènes de se quininiser d'une manière régulière [2].

E. — Sources thermo-minérales

Une circulaire du 23 mars 1904 définit les conditions dans lesquelles devront être aménagées les sources thermales, dont le nombre est élevé en Algérie. Il s'agit d'en rendre

[1] Jonnart ; Exposé de la sit. gén. de l'Alg., 1905, p. 151.

[2] Jonnart Exposé de la sit. gén. de l'Alg., 1905, p. 51.

l'utilisation rapide et strictement économique pour les indigènes pauvres; il est conseillé d'établir des bains spéciaux réservés à l'usage des femmes.

Voici terminé l'exposé des institutions d'assistances qui s'adressent aussi bien à l'homme qu'à la femme indigènes; cet exposé était cependant nécessaire, puisque cette dernière en bénéficie, ne fût-ce qu'indirectement. Deux questions se posent à l'esprit, qui, de même, sont relatives l'une à l'indigène en général, l'autre à la femme indigène.

Les résultats de l'assistance indigène sont-ils encourageants? Telle est la première question. L'indigène use-t-il des moyens qui sont délibérément mis à sa portée? Accueille-t-il le médecin, accepte-t-il les soins, se laisse-t-il peu à peu convaincre par l'exemple de l'efficacité des pratiques du « roumi », de l'utilité des prescriptions d'hygiène, ou bien reste-t-il l'irréductible et l'inassimilable que certains ont décrit?

Nulle voix ne nous semble plus autorisée que celle de M. le Dr Foubert pour en juger; il est médecin, il fut un des premiers à l'œuvre, il jugea l'indigène sur nature et ses appréciations consolantes ont en outre le surcroît de valeur d'avoir été confirmées par tous ceux ou presque qui ont écrit après lui.

« L'indigène [1] n'est pas aussi éloigné qu'on peut le supposer de recourir à nos soins lorsqu'il est malade. Il a, au contraire, grande confiance en nous et accepte aveuglément tout ce que nous lui donnons. Deux choses néanmoins l'arrêtent ordinairement : le scrupule religieux et l'ingérence des médecins arabes. La foi lui fait voir en tout la main de Dieu et, sans raisonner sa croyance, il se met à la merci de tous ceux qui savent exploiter ce haut sentiment.... Il

[1] Foubert ; *loc. cit.*, p. 5.

importe donc, au plus haut degré, de savoir ménager la double susceptibilité du thaleb et du médecin indigène, sous peine de s'en faire des ennemis, tout en faisant comprendre au malade que, sans porter atteinte à sa foi et sans dénigrer systématiquement le savoir du médecin arabe, il trouvera des soins mieux entendus, des ressources plus puissantes et des résultats plus tangibles.

» L'infirmerie indigène, par sa consultation externe, à laquelle assisteront chaque jour de nombreux enfants qu'il faut s'ingénier à y attirer, sera, à ce point de vue, la meilleure des écoles »

» Le médecin d'une infirmerie doit connaître aussi les défauts propres de l'indigène et faire la part du feu. Exiger d'un malheureux élevé dans la misère et dans la peine, manquant ordinairement des choses les plus essentielles à la vie, apathique et résigné jusqu'à l'abnégation ; exiger la soumission à des règlements, à des pratiques qui, à ses yeux sont le contre-pied de sa manière de vivre habituelle, ce serait le dégoûter à tout jamais. Il faut prendre le malade indigène comme il est, avec son insouciance, son mépris souvent des lois les plus élémentaires de la propreté corporelle, son indépendance et son amour de la liberté ; lui imposer le mininum de contrainte et se borner à ne lui demander que ce qui est absolument nécessaire. C'était là entre autres, le gros écueil qui écartait avant la création des infirmeries indigènes tant de malades de nos hôpitaux .. Ce n'est, à notre avis, que progressivement que l'on pourra imposer une discipline plus stricte et plus en rapport avec nos vues d'Européens. Un bain chaud, bien installé, remplacera, en ce qui concerne la propreté corporelle, et cela sans phrases, les meilleurs et les plus sévères de nos règlements. Mais à côté des difficultés que rencontre le médecin français et résultant des petits défauts de race, quelles ressources ne

peut-il tirer des qualités innées, patience, sobriété, résistance à la douleur, assistance mutuelle dans la peine... Le valide soutient l'impotent, on guide l'aveugle ; l'un apporte de l'eau, l'autre prépare le feu ; un autre fait prendre ses aliments à l'opéré couché et immobilisé dans son lit.

» Il importe de faire preuve, à l'égard des indigènes, si l'on veut progressivement les déshabituer de leurs pratiques traditionnelles et leur faire toucher du doigt les avantages qu'ils ont à s'adresser à nous, d'une tolérance et d'une bienveillance excessives. Autrement le musulman se renferme dans son fatalisme et préfère se priver de nos soins plutôt que de subir une contrainte brutale. Des explications, énervantes même quelquefois dans leur répétition, ne doivent pas être ménagées ; et alors, on peut être sûr, contrairement à l'opinion généralement reçue, que le médicament donné sera scrupuleusement utilisé, alors que le même malade, expédié à la hâte, n'aurait rien de plus pressé que de se débarrasser, aussitôt dehors, d'un produit chimique dont il ignore le nom et l'usage et dont il est naturellement porté à se méfier. »

» C'est de cette façon, pensons-nous, qu'il convient de de comprendre la question des infirmeries indigènes : Y attirer par l'observation stricte des mœurs musulmanes, les malheureux affligés, respecter leurs croyances, leur témoigner un intérêt réel, les secourir avec patience et persévérance, utiliser leurs qualités et pardonner à leurs défauts en attendant mieux ; n'épargner ni son temps ni sa peine pour obtenir un résultat utile dont la renommée se répandra aussitôt au loin. Ces efforts ne tarderont pas à être récompensés et l'on verra les malades accourir avec confiance auprès d'un médecin qui les aime, qui sait le leur prouver et leur apprend en même temps à aimer la France. »

Nous pouvons donc admettre en vérité que l'assistance médicale indigène ne fait point faillite ; les malades affluent

aux infirmeries indigènes, les demandes d'admission dépassent chaque jour le nombre de places disponibles ; les conditions économiques et immédiatement utilitaires dans lesquelles ces infirmeries ont été établies donnent un rendement utile infiniment plus grand que celui des hôpitaux.

Un fait assez typique prouve d'ailleurs combien les indigènes apprécient les infirmeries indigènes ; certains d'entre eux, et en nombre respectable, riches et parfois pauvres, font des dons volontaires à l'infirmerie voisine. Nous le signalons dès maintenant : lorsque le service de consultations pour femmes indigènes fut, à Constantine, transformé en infirmerie, les Arabes souscrivirent une somme de 1.300 fr. pour contribuer aux frais d'installation [1]. Et ce fait n'est pas isolé.

Le Dr Brunswick le Bihan émettait l'opinion, lorsqu'il établit en 1900 l'hôpital indigène de Nabeul, en Tunisie, que seuls les résultats chirurgicaux étaient susceptibles de provoquer la confiance des indigènes, grâce aux effets rapides qui en sont ordinairement la conséquence. Il y a évidemment dans

[1] En regard, citons le passage suivant d'une lettre que nous avons reçue : « Malgré les pressantes sollicitations du Gouvernement général, la mairie de X... a fait la sourde oreille. Elle prétend peut-être avec raison qu'elle n'a pas de fonds suffisants pour les affecter à la création et à l'entretien d'une infirmerie, les subventions offertes par le Gouvernement général étant insuffisantes. Je crois qu'en réalité il faudrait vaincre l'inertie du bureau de bienfaisance musulman, qui ne voit pas avec plaisir survenir un surcroît de besogne et ne tient pas à ce que la répartition des fonds de secours aux indigents soit régularisée. Il préfère allouer les sommes mises à sa disposition au gré du bon plaisir de ses membres qui, je crois, en usent parfois au profit de leur influence politique. D'autre part, la municipalité trouve qu'elle n'a pas assez d'argent pour secourir les Européens et qu'il est ridicule de vouloir s'occuper des indigènes. Ces raisons-là ne sont pas avouées mais elles constituent le fond psychologique des résistances opposées aux vues du Gouvernement général .... Les doctoresses venant en Algérie doivent donc s'attendre à trouver, à côté de l'état d'esprit officiel favorable, un esprit d'opposition sourde de la part des municipalités. C'est là du moins ce qui se passe à X... »

cette opinion une grande part de vérité, mais, à l'heure actuelle, tous les médecins chargés des infirmeries estiment que les Arabes ne restent pas réfractaires aux soins médicaux surtout quand les résultats obtenus surviennent à assez bref délai (paludisme, syphilis) [1].

Seconde question : *Quel bénéfice la femme indigène retire-t-elle des institutions d'assistance médicale qui ne s'adressent pas spécialement à elle?*

Toutes ces institutions marquent évidemment un grand progrès et sur le passé d'avant la conquête et sur la première assistance dans les hôpitaux ; les infirmeries indigènes, car ce sont elles qui nous intéressent surtout, ont cet énorme avantage d'être proches, d'être simples, de respecter les mœurs, d'accorder plus de liberté. Aussi les femmes y viennent-elles en assez grand nombre. Les chiffres que nous avons rapportés en sont la preuve. Le bénéfice que la femme indigène retire des infirmeries mixtes est donc incontestable.

Mais plusieurs détails très importants l'en écartent cependant. Dans les infirmeries où il n'existe pas de bâtiments séparés pour les hommes et pour les femmes, les deux sexes y sont traités côte à côte, bien que dans des chambres distinctes. Pour certaines femmes qui, dans les douars, sont habituées à vivre familièrement au milieu des hommes, il en résulte peu d'inconvénients. Mais pour la plupart l'isolement absolu devient presque une nécessité, surtout si elles appartiennent à une catégorie sociale un peu élevée, à mœurs plus

[1] Nous laissons volontairement de côté l'étude de ces deux questions intéressantes cependant en période de « pénétration pacifique » : « De quelle utilité immédiate ou lointaine l'assistance médicale indigène peut-elle être pour le pays colonisateur ? La France agit-elle là par fidélité à un idéal humanitaire ou par raison d'utilité bien entendue ? Leur discussion même brève nous entraînerait trop loin.

fermées. Alors la jalousie du mari, la crainte du qu'en dira-t-on, s'opposent d'une façon presque formelle à l'entrée à l'infirmerie ou à l'hôpital. La nécessité d'infirmeries spéciales se fait donc sentir.

Autre raison : la répugnance de la femme indigène à recevoir des soins d'un homme. Sans doute il ne faut pas la considérer comme invincible et, dit le Dr Foubert, « la même femme qui repoussera bien loin l'idée de quitter son domicile pour entrer à l'infirmerie ne fera aucune difficulté pour se laisser examiner chez elle par le médecin et viendra spontanément sans crainte avec sa mère ou son mari à la consultation ». « Néanmoins, ajoute M. Foubert, il faut reconnaître que l'action des femmes médecins supprimera une partie de la difficulté, et où il sera possible de faire appel à leurs lumières, les femmes indigènes y auront recours de préférence. »

En résumé, l'étude des moyens d'assistance médicale communs à l'indigène et à la femme indigène nous a montré que, si le bénéfice retiré par cette dernière est déjà considérable, la nécessité se fait sentir d'institutions spéciales où les soins à donner aux femmes seront donnés et dans des locaux spéciaux et par des femmes.

CHAPITRE III

INSTITUTIONS SPÉCIALES AUX FEMMES INDIGÈNES

Nous étudierons successivement :

A. — Les infirmeries spéciales et les consultations gratuites; une à une, en laissant surtout la parole aux femmes médecins qui en sont chargées, nous en dirons le fonctionnement actuel, puis les résultats obtenus.

B — L'assistance aux femmes en couches — ce qu'il y a lieu d'en attendre; les perfectionnements à réaliser, et la question alors se pose de l'utilité de l'assistance de la femme arabe et de la légitimité de tous les efforts tentés dans ce sens.

A. — Consultations gratuites et Infirmeries indigènes

Nous avons déjà signalé, au chapitre de l historique, le rôle joué par Mme Chellier envoyée en mission dès 1895, et l'initiative prise par Mme le docteur Jules Légey qui, trouvant un accueil favorable auprès de M. Jonnart, fondait, dès 1902, le premier service de consultations pour les indigènes, alors qu il n'en existait encore nulle part ailleurs. Nous n'y reviendrons pas.

A l'heure actuelle, les services spéciaux pour femmes indigènes fonctionnent dans huit villes : Alger, Oran, Cons-

tantine, Tlemcen, Bône, Blida, Maison-Carrée, Miliana; dans toutes, les consultations gratuites ont d'abord été instituées; dans quatre d'entre elles, des infirmeries ont été ensuite ajoutées (Alger, Oran, Constantine, Tlemcen).

Alger. — Mme le docteur Jules Légey a commencé ses consultations aux femmes et aux enfants dès avril 1902. La clinique date d'octobre 1903 et a ouvert ses portes aux malades le 23 novembre.

Installée[1] dans une grande et belle maison mauresque, 68, rue Porte-Neuve, elle comprend :

Au rez-de-chaussée : lingerie, salle de consultations, logement de l'infirmière, le tout entourant une cour intérieure à ciel vitré ouvert et qui sert de salle d'attente ;

Au 1er étage : chambres de malades contenant 20 lits, salle de bains ; water-closets à siège anglais et chasse d'eau;

Au-dessus : cuisine, chambre de la sage-femme, vaste terrasse pour les malades ;

En outre : cave pour la lessive, vestibule, chambre pour le portier.

L'ameublement comprend des lits du modèle de lits militaires avec matelas, draps et couvertures; des tables de nuit simples, un lavabo, des nattes, de petites tables basses indigènes.

Les mœurs et les coutumes indigènes ont été respectées dans l'établissement de la clinique, afin de ne pas dépayser les malades et de les engager à venir plus volontiers à nous. On leur impose seulement une très grande propreté, ce qui est facilement supporté par les mauresques d'Alger qui, pour la plupart, sont des femmes très propres, habituées à se donner des soins d'hygiène corporelle, connaissant presque toutes l'usage journalier du peigne et du savon.

[1] Mme Légey ; Notes sur le fonctionnement de la clinique indigène d'Alger. Alger, Crescenzo 1904.

Ces pratiques de propreté sont surtout pénibles pour les femmes kabyles, qui sont toutes très fâchées lorsqu'on leur fait une première toilette à leur entrée à la clinique, ce qui est pourtant d'une absolue nécessité. Mais lorsque après le bain, elles se voient toutes propres dans une chemise bien blanche, elles sont toutes joyeuses, et, dans la suite, réclament elles-mêmes le bain, ce qui est un sensible progrès.

Ici, deux détails qui dénotent l'esprit de prévoyance et la connaissance des mœurs indigènes :

Bien souvent les malades qui nous arrivent, surtout les Kabyles, sont dans un tel dénuement qu'elles ont quelques haillons en loque pour les vêtir, haillons tellement sales qu'aucune lessive ne les nettoierait.

Nous brûlons alors ces loques sordides, et lorsque la malade quitte la clinique, nous lui donnons une chemise et une robe confectionnées à la clinique par les infirmières. J'ai, à cet effet, employé une partie des secours affectés à la clinique par M. le Gouverneur Général et acheté quelques pièces d étoffe. Cela nous permet de faire beaucoup de bien et de le faire utilement. Il arrive aussi quelquefois que les malades soient venues à pied de la Kabylie pour se faire soigner et hospitaliser. Lorsqu'elle nous quittent pour regagner leur tribu, nous leur donnons un petit pécule de route et quelques provisions, mais on ne leur remet pas à elles-mêmes l'argent du voyage. Le portier les accompagne jusqu'à la voiture, leur prend leur place et assiste à leur départ. Cette précaution est prise parce que la plupart des femmes ne savent pas s'orienter dans une ville qui leur est totalement inconnue, et que la modique somme que nous leur donnons pour but de leur voyage leur serait facilement volée.

La cuisine faite par une vieille femme arabe à la mode arabe, avec des viandes et des légumes toujours vérifiés par Mme Légey, fait en grande partie, dit-elle, le succès de la clinique. « Les indigènes se sachant nourris à la mode indigène n'ont aucune hésitation à s'y faire admettre. »

Les salles des malades sont blanchies à la chaux tous les quinze jours. Toutes les semaines, les lits sont démontés et portés à la ter-

rasse où on les aère. Chaque matin, les salles des malades sont lavées à la brosse et au crésyle.

La clinique ne peut recevoir de maladies contagieuses, car il n'y a pas de pavillon d'isolement. Et les malades qui auraient pu être soignées dans un pavillon semblable, bien souvent répugnent à aller dans l'hôpital d'El-Kettar (hôpital d'isolés) se dissimulent et sont ainsi une source de danger public. « Pendant l'hiver 1904-1905, nous écrit Mme Légey, une grave épidémie de variole a sévi sur Alger. Pour enrayer le fléau, la municipalité avait institué des visites domiciliaires faites par un médecin et un agent de police indigène.

Le médecin et l'agent se livraient à une véritable perquisition, mais on leur dissimulait habilement tous les cas, en cachant même les malades entre des matelas, dans des cabinets, ou dans des caves. »

Les chiffres suivants donnent une idée de l'activité de la Clinique en 1904 :

Nombre de lits			20
Nombre de malades hospitalisés en 1904	Femmes	154	222
	Enfants	68	
Nombre total des journées de malades			5.787
Nombre de décès			2
Maladies traitées	Paludisme		6
	Maladies syphilitiques		21
	— de peau		23
	— des yeux		13
	— des voies respiratoires		34
	— — digestives		15
	Blessures et affections chirurgicales		22
	Autres maladies (dont 16 accouchements)		88

Mme Légey insiste sur l'importance de la tuberculose, même hors des villes. « Parmi la quantité considérable de malades soignés à la Clinique, les syphilitiques ont été l'infime

minorité, les tuberculeux la forte majorité. . La tuberculose sévit sur les Arabes d'Alger, avec violence, sous toutes ses formes : gommes de la peau, tuberculose ganglionnaire, articulaire, osseuse, du péritoine ou des méninges .. » Et, avec raison, Mme Légey attire l'attention sur ce point, dans l'intérêt des indigènes et dans celui de tous les habitants d'Alger. Nous verrons des remarques concordantes faites par plusieurs autres femmes-médecins.

Le service des *consultations gratuites* a pris une importance chaque jour grandissante. On en jugera par le tableau suivant :

Mois	1902	1903	1904
Janvier	»	723	1.310
Février	»	703	1.439
Mars	»	707	1.660
Avril	27 (du 11 avril)	516 (1/2 mois d'interruption)	2.055
Mai	88	836	1.805
Juin	171	926	1.265
Juillet	194	1.033	7.972
Août	233	915	
Septembre	403	997	
Octobre	453	1 070	
Novembre	458	805	
Décembre	483	992	
Totaux	2.542	10.223	17.506

Très souvent des malades des environs viennent à ces consultations. Chaque fois, des médicaments sont distribués. Lorsque ce sont des cachets ou des pilules, on les leur fait absorber séance tenante, pour montrer le mode d'emploi et éviter des erreurs.

Les maladies de la peau, les maux d'yeux et la tuberculose sont de toutes les plus fréquentes.

Une élève sage-femme, Mme Résural, habite la clinique, est chargée de la surveillance des malades hospitalisées et aide le médecin, de même que l'infirmière arabe.

En outre, des vaccinations sont faites; du 2 mai au 30 juin 1904, 400 enfants au sein ont été vaccinés; on a pu obtenir des mères qu'elles reviennent huit jours après.

Oran. — En 1901, Mlle Eudel, docteur en médecine, a été chargée des consultations et des soins à donner aux femmes hospitalisées à l'infirmerie indigène d'Oran.

Située aux portes de la ville, cette infirmerie comprend deux parties aussi séparées que possible; l'une destinée aux hommes (Dr Ruel de Sourouvre), l'autre aux femmes (Dr Eudel). L'organisation intérieure se rapproche de celle des infirmeries indigènes en général.

Nous n'avons pas de données précises sur le nombre de malades hospitalisées dans ces derniers temps. Mais notons que, pendant le premier trimestre 1904, il y en eut 8; pendant le deuxième, 32; pendant le troisième, 52. Ces chiffres indiquent une progression bien marquée.

Il en est de même pour les consultations gratuites :

1er trimestre.....	665	malades.
2e trimestre.....	1.710	—
3e trimestre.....	2 355	—
4e trimestre.....	2.455	—
	7.185	

Parmi les maladies traitées, on rencontre surtout les maladies d'yeux, le paludisme et l'anémie consécutive, les maladies de la peau, de l'appareil génital, la syphilis, la tuberculose, etc.

Constantine. — Nous rapportons *in extenso* les notes

qu'a bien voulu nous adresser Mlle Broido, chargée du service en octobre 1903.

L'assistance médicale aux femmes et enfants indigènes a commencé sous forme de consultations avec distribution gratuite des médicaments. Ce service a été inauguré le 9 avril 1904. Les consultations avaient alors lieu trois fois par semaine, dans la matinée; le nombre de malades qui venaient nous consulter était de 25 à 30 par séance.

Ces résultats ayant paru suffisamment encourageants, la création de l'infirmerie fut décidée. Pour diverses considérations, il n'a pas été possible de construire, comme on l'a fait pour plusieurs infirmeries mixtes créées dans le département, une maison spécialement aménagée; on a donc loué, en plein quartier arabe, une maison arabe qu'on a adaptée aux besoins du service. Cette infirmerie a commencé à fonctionner le 1er août 1904. En même temps continuent les consultations qui, depuis la création de l'infirmerie, ont lieu tous les jours.

L'infirmerie comprend un rez-de-chaussée, un entresol et un premier étage.

Au rez de-chaussée, nous avons deux grandes pièces; l'une d'elles sert de salle d'attente, et l'autre de salle de consultations. Dans cette dernière, se trouvent les produits pharmaceutiques, les instruments, un lit pour l'examen des malades et un spéculum. A l'entresol se trouve la lingerie. C'est au premier étage que sont les salles des malades, au nombre de quatre grandes et d'une petite, pouvant servir soit pour l'isolement, soit pour les femmes en couches. Le nombre de lits est de *vingt*; en organisant le matériel, on comptait sur quinze lits de malades (femmes ou enfants) et cinq d'accouchements. Malheureusement, il nous est assez difficile d'obtenir des femmes arabes de venir se faire accoucher à l'infirmerie et nous n'en avons encore eu jusqu'à présent que deux cas. Mais en revanche elles viennent très volontiers se faire soigner; et cela non seulement de Constantine même, mais bien souvent aussi des douars voisins. Assez souvent nous avons eu tous nos lits occupés, nous n'en n'avons jamais eu moins de 12, en moyenne 15 à 16.

Au rez-de-chaussée se trouve également la buanderie, une petite salle des morts et une salle de bains.

Les repas sont fournis par un restaurateur indigène, et les malades mangent des plats arabes ; bien entendu, en cas de besoin, elles sont mises au régime, soit spécial, soit de suralimentation ; mais il est certain que c'est là un des attraits de l'infirmerie que de ne pas manger, comme à l'hôpital français, des choses défendues par leur religion.

Je suis aidée par une infirmière également indigène qui couche à l'infirmerie et dont le mari fait fonction de concierge. J'avais, au début, une interprète, spécialement pour le service des consultations, mais actuellement, c'est l'infirmière qui m'assiste aux consultations ; c'est également elle qui est chargée des pansements pendant ces consultations, tandis que l'ancienne interprète est spécialement chargée du service des bains. Les consultations ont lieu depuis la création de l'infirmerie, tous les matins, et continuent à être fréquentées ; j'y reçois en moyenne 500 malades par mois (sans compter ceux qui viennent pour la vaccination ; il y a toujours sur ce chiffre environ 2/5 d'enfants. Nous avons eu depuis le 1er août jusqu'à ce jour 146 hospitalisées, avec un nombre de journées de 4.500 environ.

Parmi les maladies, on voit le plus souvent : la tuberculose surtout ganglionnaire, la syphilis, de l'eczéma et de l'impétigo, des cardiopathies, du rachitisme, des maladies des yeux, des dyspepsies, les maladies nerveuses sont tout à fait exceptionnelles ; les métrites, les annexites ne sont pas rares ; je vois tout à fait rarement l'impaludisme proprement dit, mais très souvent ses suites sous forme de spléno-mégalies. J'ai aussi eu quelques cas très intéressants : une sclérodermie à pigmentation presque généralisée et intense, un cas de myxœdème, un cas d'amyotrophie pseudo-hypertrophique.

Ce qui est désolant, c'est que, d'une part, les malades viennent souvent, trop souvent alors qu'il n'y a plus rien ou à peu près rien à faire (yeux perdus, voiles perforés, nez effondrés, jambes complètement tordues); et que, d'autre part, le traitement médicamenteux seul ne peut naturellement pas suppléer aux défauts d'hygiène, laquelle est déplorable ; aussi, à mon avis, est-ce sur ce point que devrait porter tout l'effort.

Le nombre des consultations, du 9 avril à la fin de l'année 1904, a été de 3,044.

Tlemcen. — Au 1er mai 1904, Mme Liehrmann, docteur en médecine, chargée du service, a commencé les consultations; une décision du 26 juillet lui a confié également les soins à donner aux femmes hospitalisées à l'infirmerie. Mais, entre temps, pour cause de maladie grave, Mme Liehrmann a dû interrompre son service du 1er juillet au 27 novembre 1904.

L'organisation à Tlemcen se rapproche de ce qu'elle est à Alger, Constantine, etc.

Du 1er mai au 1er juillet et du 27 novembre au 31 décembre, le chiffre des consultations est de 1,227.

« Les maladies les plus fréquentes, nous écrit Mme Liehrmann, sont la syphilis, toutes les dermatoses en général, les maux d'yeux en quantité, surtout les conjonctivites et blépharo-conjonctivites ».

Bône. — Depuis les derniers mois de 1903, notre camarade de Montpellier, Mme Maurin-Soukostavskaïa, docteur en médecine, a été chargée des consultations gratuites.

Trois fois par semaine, de 9 heures à 11 heures, les malades viennent dans un local choisi en plein quartier arabe. Au début, je délivrais les ordonnances et les pharmaciens fournissaient les médicaments. Malheureusement les crédits alloués étaient insuffisants pour couvrir les frais. Aussi ai-je offert de délivrer moi-même les médicaments les plus usuels, fournis par l'hôpital de Mustapha (Alger) à des prix de revient. Mon interprète m'aide dans cette distribution.

Les malades sont nombreux, toujours. La première année, le nombre a été de 2,820. Depuis le 1er janvier dernier leur nombre s'élève à 1,700, ce qui donne à peu près une moyenne de 20 malades par consultation. Le chiffre serait bien plus élevé si l'on n'avait obligé les malades, pour éviter des abus, à se munir d'une carte d'indigence au bureau de bienfaisance musulman. Au début, en effet, les riches, malades, ne se faisaient aucun scrupule de venir chercher des médicaments et des ordonnances gratuits.

On peut considérer que les maladies des yeux, dues soit à la syphilis, soit à des granulations, constituent la moitié environ des maladies soignées. Puis viennent les maladies de la peau : eczéma et favus, accidents cutanés d'origine syphilitique. La syphilis ne peut occuper une place à part; car si l'on classe les cas d'après les manifestations apparentes, on catalogue ainsi la syphilis dans des cadres divers. Elle se retrouve en tous cas chez plus de la moitié des malades et bien souvent les tuberculeux eux-mêmes se trouvent bien d'un traitement antisyphilitique.

La tuberculose peut entrer en ligne de compte pour le 1/5 des cas environ. La tuberculose osseuse ou ganglionnaire est fréquente chez les enfants. Les phtisiques traitées sont rares, car bientôt convaincues de l'inutilité des médications, les malades se retranchent derrière le fatalisme qui leur fait prendre patience et leur fait abandonner la consultation médicale.

Beaucoup de malades viennent et se plaignent de troubles digestifs. Cette catégorie serait peut-être la plus nombreuse, plus même que celle des maladies oculaires si elle ne comprenait au moins les 3/4 de nos malades qui viennent à la consultation dans l'espoir d'obtenir un sirop agréable à boire. Elles sont assez faciles à déceler, car, dans la crainte de ne pas être reconnues malades, elles disent que « tout leur fait mal », et elles montrent successivement toutes les parties du corps. Dans ces cas, la règle que j'avais adoptée était de leur donner un peu d'eau sucrée et, si elles revenaient la fois suivante en disant que le remède les avait beaucoup soulagées, on pouvait être fixé sur leur mauvaise foi et agir en conséquence.

La constipation paraît être fréquente chez les femmes indigènes de la ville. Cela tient probablement à leur défaut d'exercice, obligées qu'elles sont pour la plupart à vivre enfermées dans une cour étroite.

Si l'on interroge les malades au sujet de la fièvre paludéenne, elles prétendent toutes en être atteintes. Aussi demandent-elles souvent de la quinine. En réalité, on ne doit accueillir leurs affirmations que sous de grandes réserves, car elles appellent souvent fièvre (froide ou chaude) (gressa ou skhana) un simple état d'agitation ou même d'insomnie. Cette erreur se retrouve aussi chez beaucoup d'Européens. D'ailleurs, à Bône la ville arabe, très saine, offre peu de cas de paludisme réel.

Il est difficile dans un service de consultations de traiter les maladies gynécologiques, il faudrait disposer d'un temps beaucoup moins restreint. Cependant, mes efforts se sont tournés de ce côté, car il n'est pas de femme arabe qui ne soit atteinte plus ou moins du côté des organes génitaux. Les pertes blanches sont la règle chez celles qui ont eu des enfants. Malheureusement, elles ne veulent pas se résoudre à se donner des injections. Pour leur inculquer les principes du traitement, il faudrait les attirer à des heures fixes, dans une infirmerie et leur donner soi-même l'injection. Ou, encore, il faudrait que la doctoresse aille gratuitement la donner à domicile. D'ailleurs, les femmes malades continuent à enfanter et à réclamer de nouveaux enfants. En dernier temps, cependant, j'avais fini par faire accepter de plusieurs malades des tampons glycérinés, qui amélioraient l'état métritique ; mais ne pouvant surveiller leur application, il est probable qu'ils étaient souvent mal employés. D'ailleurs, on ne sait jamais si les affirmations des malades sont vraies, car leur propension à mentir, souvent pour le plaisir, est extraordinaire.

Les enfants sont traités en grand nombre au service des consultations.

Blida. — Mlle Kamenski, docteur en médecine, a donné, du 20 juin 1904 au 1er janvier 1905, 1,430 consultations. Il n'existe pas encore d'infirmerie à Blida.

Maison-Carrée. — Le 18 novembre, Mme Chellier-Castelli, docteur en médecine (dont nous avons déjà maintes fois cité le nom et rapporté les impressions), a commencé à Maison-Carrée le service des consultations. Du 18 novembre au 31 décembre 1904, 289 ont été données.

Miliana. — Le 10 janvier 1905 seulement, Mme Roger, docteur en médecine, a entrepris ses consultations. Nous n'avons d'autre donnée que le chiffre approximatif de 2.000 consultations jusqu'à fin juin 1905.

Récapitulons :

Alger, année entière 1904. ...	17,506	consultations.
Bône, —	2,820	—
Oran, —	7,185	—
Constantine, depuis 9 avril....	3,044	—
Tlemcen, 1er mai, 1er juillet,		—
25 nov., 31 déc.....	1,227	—
Blida, depuis 20 juin.....	1,430	—
Maison-Carrée, 18 novembre..	289	—
Total	33,501	—

Ce chiffre parle assez par lui-même. Mais il est intéressant de constater avec quelle unanimité les femmes médecins estiment satisfaisants, encourageants les *résultats* déjà obtenus.

Les résultats obtenus, nous écrit Mme Légey, sont plus qu'encourageants, ils sont surprenants. La femme indigène n'est, pas plus que l'homme, réfractaire à notre médecine ni à notre thérapeutique. Et puisque les soins et les conseils sont donnés par une doctoresse, « une tebiba, » puisque le personnel des infirmeries de femmes est uniquement féminin, la femme indigène y vient avec confiance et sécurité.

Les malades[1] se soumettent volontiers à tous les modes de traitement que nous voulons employer. Les incisions au bistouri, les pansements à l'aide du spéculum, les injections hypodermiques, les injections vaginales sont de pratique courante. Les syphilitiques qui voient leur état rapidement amélioré par les injections d'huile grise réclament « *leur piqûre* » avec l'aiguille. Jamais nous n'avons eu à lutter contre une volonté opposée à la nôtre. Au contraire, après chaque pansement, les malades font mille remerciements, prient Dieu de me conserver la santé, de me donner de la chance, vraiment reconnaissantes du bien qu'on leur fait. Une fois, une malade superstitieuse, voyant que son état ne s'améliorait pas rapidement, m'a demandé la permission de sortir une demi-journée pour aller

[1] *Loc. cit.* p. 8

immoler une poule sur le tombeau d'un marabout réputé guérisseur; mais cela a été une exception. En général, les malades sont d'une docilité exemplaire et à la clinique ne parlent d'aucun remède empirique arabe et ne cherchent d'aucune façon à s'en procurer.

Elles s'en remettent complètement à nous du soin d'améliorer leur état. « Je n'ai que toi et Dieu, me disent-elles souvent, je suis dans tes mains, tu sais ce qu'il faut me faire, fais-le ».

Mlle Broïdo écrit à son tour :

« Le résultat peut et doit, je crois, être considéré comme très encourageant, surtout si l'on songe que l'œuvre est toute récente et que les indigènes commencent néanmoins, déjà à apprécier les résultats; aussi peut-on espérer qu'elles prendront peu à peu l'habitude de venir à une période moins avancée du mal, ce qui permettra d'obtenir plus de résultats satisfaisants En tous cas, ce qui est certain, c'est que lorsqu'il me paraît absolument indispensable d'envoyer une malade à l'hôpital pour l'y faire opérer (je ne fais à l'infirmerie que les opérations qui ne demandent pas d'acides), j'ai toutes les peines du monde à la convaincre d'y aller, alors qu'elle va volontiers à l'infirmerie et s'y laisserait volontiers faire l'opération qu'elle refuse d'aller subir à l'hôpital.

Mme Jenny Liebermann n'est pas moins affirmative quant à la valeur des résultats qu'elle estime « très encourageants, excellents ».

De même Mlle Kamensky :

Le nombre des malades a toujours été en augmentant ; au lieu d'une heure réglementaire j'étais toujours obligée de passer à la Clinique toute la matinée et je partais toujours en laissant quantité de malades sans examen, faute de temps Depuis quelque temps, je suis obligée de renvoyer quantité de malades, pour une autre raison : *Le crédit pour les médicaments est trop insuffisant, les ordonnances coûtent trop cher.* Comme vous voyez, ce service demande à être réorganisé et sérieusement J'espère qu'il le sera, Ce serait une très bonne chose, parce que les femmes et les enfants indigènes ont grand besoin de soins médicaux. Elles ont une con

fiance absolue dans leur « tebiba » et si on pouvait travailler à son aise, sans aucune entrave, quelle qu'elle soit, ce serait un travail très agréable et très utile.

Mlle Kamensky signale là une lacune que Mlle Eudel nous signalait aussi : insuffisance de crédit pour les médicaments, obligeant souvent à restreindre le nombre des malades hospitalisés ou même traités aux consultations Cette lacune doit être évidemment comblée surtout par une contribution plus large des municipalités et des subsides plus abondants du GouvernementGénéral qui a cependant déjà fait beaucoup. Mais n'y a-t-il pas aussi certains moyens d'en diminuer l'importance et de réaliser certaines économies ? Mme Maurin, Mme Léger et bien d'autres docteurs d'infirmeries indigènes nous l'indiquent : adoption d'une catégorie restreinte de médicaments types, simples et d'efficacité reconnue ; fourniture de ces médicaments par l'hôpital civil du chef-lieu de préfecture, ou de Mustapha (Alger) ; ce qui est cachets, paquets, pommades arrive ainsi tout préparé ; quant aux potions, leur simplicité voulue permettrait de les faire extemporanément avec l'aide d'une infirmière un peu dressée ; grâce à des solutions titrées préparées à l'avance ; le pharmacien serait mis à contribution seulement dans les cas de préparations magistrales, délicates, exigeant un tour de main ou des produits spéciaux. De la sorte, une économie très sérieuse serait réalisée.

Cette question de détail mise de côté, il se dégage, des appréciations que nous avons rapportées, la notion essentielle suivante : la femme indigène n'est, pas plus que l'homme indigène, réfractaire à la médecine européenne et, à condition qu'on respecte ses coutumes et certains détails de pudeur naturelle, elle sait user des moyens d'assistance mis spécialement à sa portée. Les résultats obtenus par les infirmeries spéciales sont absolument encourageants.

Est-ce à dire que tout soit fait? Non, certes, et, avant même d'aborder la grosse question de l'assistance des femmes en couches, voici quelques passages d'une lettre de Mme Maurin qui sont pleins d'intérêt :

Une infirmerie aurait-elle chance de réussite à Bône ? Oui, si l'on considère comme réussite la venue régulière de femmes arabes pour des pansements vaginaux ou utérins ; le séjour parfois de quelques femmes venues des environs de la ville et dont le traitement exige quelques jours seulement de surveillance. On ne doit pas s'attendre au début à avoir beaucoup de malades, car les maris indigènes permettent difficilement à leurs femmes de coucher hors du toit conjugal. Dans une ville, une infirmerie n'aura que peu de clients séjournant ; en revanche, elle pourrait servir de lieu de rendez-vous très fréquenté pour des affections permettant aux malades d'aller le soir coucher chez elles.

Il est à remarquer que dans les villes, sauf pour les rares malades du dehors, les femmes malades peuvent rester dans leur famille.

Il est, d'autre part, à remarquer que les préjugés existant contre l'hôpital et la résistance du début qu'ils provoquent cèderaient certainement peu à peu : les femmes arabes se trouvant entre elles prendraient confiance. Elles sont éloignées des hôpitaux civils, parce qu'elles sont mêlées aux Européennes et qu'en général, on les néglige beaucoup. A ce point de vue, l'idée d'une infirmerie exclusivement indigène me paraît très juste et susceptible de porter des fruits.

La femme indigène est, en général, très docile. Lorsqu'elle souffre, elle se soigne aussi bien qu'elle peut et sa confiance dans les médications est grande. Malheureusement, c'est du mari que vient la résistance et ce dernier, considérant sa femme comme un animal domestique, s'inquiète très peu de sa santé et la fait travailler jusqu'au bout, lui interdisant de sortir pour se faire soigner. La femme, habituée à obéir, se soumet sans difficultés.

... C'est sur les jeunes filles, destinées à devenir plus tard des mères de famille, que je dirige tous mes efforts. Il est à remarquer que les jeunes générations sont plus ouvertes à notre civilisation et plus disposées à accepter les conseils qu'on leur donne. Il n'y a rien à faire avec les personnes âgées, qui s'en tiennent toujours à

leurs vieilles coutumes et chez lesquelles la routine est indéracinable. Ce sont ces dernières qui sont à redouter, car elles critiquent le médecin et jouent le rôle de la commère chez l'Européen.

En conclusion, je pense que les mesures prises par M. le Gouverneur général, au sujet de la création des services de consultations et d'infirmeries indigènes en faveur des femmes, dérivent d'une idée juste et d'une connaissance approfondie des mœurs de la femme arabe. Cette dernière mettra toujours de la mauvaise volonté à se laisser examiner par un médecin homme. L'examen au spéculum, même opéré par une femme, nécessite l'absence de tout spectateur. La malade tire les volets, et même alors c'est après de multiples hésitations qu'elle consent à cet examen.

Toutefois, je crois que les services des consultations même complétés par celui d'une infirmerie, ne permettront pas de faire rendre au service médical tous les bienfaits d'éducation qu'il serait susceptible de donner.

Il faudrait que la femme docteur aille au domicile même de la malade, la forçant pour ainsi dire à se traiter. Il devrait exister des femmes docteurs exclusivement destinées à donner aux indigents arabes leurs soins gratuits.

Mais pour cela il faudrait deux choses :

1° Un traitement pour la doctoresse suffisant pour lui permettre de se passer de toute clientèle extérieure ;

2° Une liste des indigents bien établie, car sans cela les abus seraient trop fréquents et la doctoresse n'arriverait jamais à suffire à toutes les demandes de visites.

Je suis persuadé que l'organisation d'un service médical à domicile aurait d'heureux résultats et contribuerait à faire disparaître les préjugés existant encore contre les infirmeries. La doctoresse, pénétrant dans les intérieurs, pourrait y faire pénétrer en même temps des idées d'hygiène.

Ce serait une erreur de croire que cette pénétration se fera par le fait que les Arabes non indigents appellent la doctoresse auprès de leurs femmes malades. L'indifférence de l'Arabe vis-à-vis de sa femme est telle, sauf de rares exceptions, qu'il ne consent presque jamais à payer au docteur une visite lorsqu'il s'agit de sa femme. Le père de la malade, son frère quelquefois, font venir le docteur pour elle, son mari presque jamais Souvent les traitements un peu

prolongés sont payés par la femme même, qui possède quelque argent à elle.

Il nous a semblé intéressant de citer *in extenso* ces notes rapides; outre leur caractère de « pris sur le vif », on y trouve une idée digne d'être étudiée par les pouvoirs publics : compléter les soins donnés à l'infirmerie par des soins donnés à domicile.

Au reste, sans avoir recours à des doctoresses, ne pourrait-on utiliser des auxiliaires indigènes? De même qu'on crée des auxiliaires médicaux hommes, ne serait-il pas possible de créer des auxiliaires médicaux indigènes femmes, qui permettraient d'étendre encore l'œuvre d'assistance médicale? Telle est au moins l'idée émise par M. le professeur Soulié [1].

Et ce projet mérite d'autant plus d'être retenu, que nous allons le voir émis en ce qui concerne la question de l'Assistance aux femmes en couches.

B. — Assistance aux femmes en couches

Une constatation que toutes les femmes médecins s'accordent à faire, c'est l'absence presque complète de femmes venant accoucher dans les infirmeries ; c'est aussi la mortalité considérable des femmes en couches, due à l'insuffisance des matrones qui les assistent ou aux manœuvres brutales qu'elles se permettent.

Nous ne voyons, dit Mme Légey, que les femmes abandonnées ou divorcées, ou les belles-mères. Toutes celles qui ont un mari, une famille, si pauvres soient-elles, restent chez elles. Des matrones indigènes autorisées ou non pratiquent l'accouchement, et la mortalité des femmes en couches est considérable. (Une heure après la délivrance, l'accouchée est déjà assise sur son lit, et le troisième jour elle reprend ses occupations coutumières.) Dans certaines

[1] Soulié ; Auxiliaires médicaux indigènes. *Bull. méd. Algérie*, 1904, n° 13.

tribus dépourvues même de matrones, les femmes accouchent seules, avec l'unique secours de la plus vieille femme de la tribu. Lorsque les douleurs deviennent violentes et rapprochées, et que l'instant de la délivrance approche, la parturiente s'assied sur un sac de blé ou d'orge, sur un tas de pierres, pousse et fait son enfant comme les animaux font leurs petits. Aussi les résultats sont à l'avenant : mort fréquente de la mère par hémorragie pendant la délivrance, par infection puerpérale dans la suite, mort de l'enfant né en état d'asphyxie, mort quelquefois de la mère et de l'enfant *in utero*, parce que personne n'est là pour intervenir et extraire l'enfant par la version ou le forceps.

Parmi les matrones indigènes, il y en a d'assez expertes, et, comme nos sages-femmes, elles font assez convenablement l'accouchement normal. Mais elles ne sont capables de poser aucun diagnostic, ni de présentation ni de position. Elles *ne savent pas pratiquer le toucher*, et pour elles le véritable travail commence lorsque la tête est sur le périnée.

Lorsque l'accouchement est normal, cela va tout seul et les parturientes bénéficient de ce que le toucher ne soit pas fait pendant le travail. Mais lorsqu'il y a dystocie, les femmes sont victimes de l'ignorance des matrones, et les cas de dystocie sont assez fréquents.

Bien plus : l'expectative et l'abstention ne sont pas toujours les seuls moyens dont dispose la matrone en cas d'accouchement difficile : « faire accroupir la femme en lui faisant tirer vigoureusement une corde fixée au toit du taudis ; lui faire absorber de l'urine de chameau dans laquelle le mari aura fait tremper son gros orteil droit ; tout cela n'est rien. Ce qui est plus grave, c'est de piétiner son ventre, d'y placer une planche sur laquelle montent des hommes choisis parmi les plus corpulents : toutes variétés de la méthode d'expression que nos auteurs n'avaient sûrement pas prévues [1]. »

[1] Gomma ; *loc. cit.*, p. 116.

Comment s'étonner après cela des accidents immédiats et, plus tard, des infirmités durables : hernies de la ligne blanche, prolapsus génitaux, ophtalmies purulentes, hémorragies *post partum*.

Il faut évidemment remédier à un tel état de choses. Plusieurs solutions se présentent ; une seule résiste à la critique.

Envoyer au milieu des Arabes des sages-femmes françaises instruites? Il n'y faut pas penser. Une seule raison suffit qui les résume toutes : agir ainsi serait aller à l'encontre de ce principe admis comme indiscutable : « C'est par l'intermédiaire du musulman qu'il faut agir sur le musulman! »

C'est donc la matrone indigène elle-même qu'il faut instruire ; c'est d'elle qu'il faut faire une sage-femme adroite et prévenue contre les complications qui peuvent survenir au cours du travail. Alors seulement, on pourra interdire aux matrones ignorantes, non diplômées, la pratique des accouchements.

Mais comment instruire la matrone indigène? Si nous en croyons Mme Chellier, dont Gomma rapporte plusieurs impressions à ce sujet, la matrone ne demanderait pas mieux que de s'instruire. Toutefois, il ne faut pas oublier la tentative infructueuse dont nous avons parlé au chapitre de l'historique, et qui fut essayée à Saint-Cyprien. Un franc de prime par jour fit abonder les élèves sages-femmes ; la suppression du franc fit brusquement déserter les leçons...

Créer une véritable école de sages-femmes indigènes? Sans doute, mais c'est peut-être là accumuler à l'avance des difficultés d'organisation autrement plus grandes que celles qu'on a pu rencontrer pour les auxiliaires médicaux. Et n'est-ce pas passer à côté de la solution la plus simple qui consisterait à utiliser les infirmeries déjà existantes pour y former une ou plusieurs sages-femmes indigènes. Telle est l'idée émise par M. le docteur Gros (de Rébeval) dans un

rapport présenté au Congrès colonial de 1904 sur la Protection de la natalité des enfants indigènes de l'Algérie. Et le Dr Gros ne limite pas seulement aux infirmeries spéciales pour femmes la mission de former les sages-femmes indigènes, mais l'étend à toute infirmerie indigène mixte pourvue d'une infirmière [1].

La question présente aujourd'hui moins de difficultés qu'autrefois. Un certain nombre de musulmanes comprennent suffisamment le français — quelques-unes mêmes le lisent et l'écrivent — pour suivre avec fruit nos leçons. Ces femmes, employées comme infirmières, recevraient en même temps un enseignement gynécologique pratique. Leur situation d'infirmière leur procurerait une petite allocation d'une vingtaine de francs par mois.

Mais comment leur procurer cet enseignement ? Il ne faut pas songer actuellement à annexer des maternités aux infirmeries indigènes. Grâce aux mannequins, on peut cependant se passer de femmes en couches. Un bassin osseux du prix de 40 francs, un mannequin avec fœtus coûtant 135 francs et une ou deux layettes (maillot anglais et maillot français) pour tâcher de faire disparaître le malpropre empaquetage des nourrissons, tel est tout le matériel nécessaire. Le coût en est de 200 francs environ.

D'un autre côté, les femmes européennes en couches dans les communes où il n'existe pas de sages-femmes, seront très aises d'avoir auprès d'elles une femme ayant quelque teinte d'obstétrique, les assistant sous notre surveillance et sous notre responsabilité. Nous pourrons donc trouver sûrement là le matériel clinique vivant qui nous ferait défaut ailleurs. A ces malades il faudrait ajouter les femmes musulmanes pour lesquelles elles feraient réclamer nos services.

Les connaissances que devraient avoir nos auxiliaires sages-femmes indigènes n'ont pas besoin d'être étendues. Elles seraient forcément limitées à un cadre restreint. Tout ce qu'on peut leur demander peut être résumé en quelques lignes :

1° Prévoir une complication possible au moment de l'accouchement nécessitant l'intervention du médecin ;

[1] *Bull. médic. Algérie*, 1905, n° 1.

2° Reconnaître une complication de l'accouchement nécessitant la présence du médecin ;

3° Exécuter avec tous les soins d'antisepsie usuels et nécessaires les actes que nécessite un accouchement ordinaire ;

4° Emmailloter et soigner l'enfant d'une facon normale ;

5° Parer aux complications qui surviennent quelquefois après l'accouchement.

Mme Jules Légey proposait déjà le moyen transitoire suivant pour compléter son infirmerie indigène et introduire dans la pratique des accouchements chez les indigènes nos habitudes de propreté tout au moins.

Pour cela [1] il faudrait qu'une sage-femme française attachée à la clinique aille dans les maisons mauresques faire les accouchements accompagnée de la Kabla (accoucheuse indigène) de la clinique. Ce mode de procéder conviendrait beaucoup aux indigènes et leur rendrait de signalés services. Depuis dix mois que la clinique fonctionne, on est venu bien souvent nous demander la sage-femme pour aller faire un accouchement au dehors. J'ai autorisé l'élève sage femme à aller le faire toutes les fois que la femme qui réclamait ses soins était connue de nous. Mais nous n'avons pu répondre à toutes les demandes ; il eût fallu, pour cela, une personne spécialement affectée à ce service. Une rétribution minime pour la sage-femme de 10 francs par accouchement serait suffisante. C'est ce qui est donné par la mairie aux sages-femmes qui accouchent les Européennes indigentes. Une gratification de 2 francs à la matrone, ce qui ferait 12 francs par accouchement et tous les frais seraient couverts. Les médicaments seraient pris à la clinique ainsi que la douche à injections. La sage-femme serait tenue de rendre visite une fois par jour à la nouvelle accouchée jusqu'à la chute du cordon, et surveillerait ainsi les suites de couches. Ce serait une innovation sérieuse, complétant utilement le service de la clinique.

Cette solution, bonne en l'espèce, ne saurait être prise comme générale ; et le projet du docteur Gros semble plus pratique, plus apte à devenir définitif.

[1] Mme Légey ; Note, etc. p. 9.

En résumé l'assistance médicale de la femme indigène, réalisée par des institutions spéciales à cette dernière, a donné des résultats très encourageants. L'infirmerie indigène pour femmes avec femme-médecin semble être le type rationnel d'assistance ; il y aurait lieu d'y adjoindre des auxiliaires femmes indigènes qui prolongeraient encore davantage en milieu musulman l'action du centre d'influence que serait l'infirmerie.

Mais c'est surtout du côté de l'assistance des femmes en couches que les efforts doivent être portés ; là, tout est à faire, tout. Il faut utiliser les intermédiaires déjà existantes : les matrones, mais de nuisibles les rendre utiles, et pour cela, les instruire. Une solution simple et pratique serait d'adjoindre à chaque infirmerie une ou plusieurs élèves sages-femmes indigènes qui, remplissant durant leur période de formation les fonctions d'infirmières, iraient ensuite comme matrones instruites diminuer la mortalité considérable des femmes indigènes en couches et des nouveau-nés.

La grande sollicitude de M. Jonnart pour les sujets indigènes et la connaissance de leur mentalité que dénotent les créations précédentes doivent faire espérer des réformes et des innovations heureuses.

CHAPITRE IV

DU ROLE DE LA FEMME ET PARTICULIÈREMENT DE LA FEMME-MÉDECIN DANS L'ASSISTANCE MÉDICALE DE LA FEMME INDIGÈNE

De l'étude que nous avons précédemment faite un principe se dégage avec évidence : La femme indigène ne veut et ne peut être assistée, soignée que par la femme.

Même sans être médecin, les femmes françaises d'Algérie ont un rôle utile à remplir ; les jeunes Arabes ne sont pas seulement des curiosités intéressantes à voir dont il est convenable de faire les honneurs aux étrangers de passage; le haïck ou les sequins ne sont pas toute la femme indigène; il y a en elle un être humain, qui aurait droit, ne fût ce qu'à ce titre, plus qu'à de la charité, à de la justice. Lui apporter les bénéfices de notre civilisation, dont elle ne voit trop souvent que le côté guerrier ou réglementaire, serait déjà exciter et retenir sa sympathie, d'autant plus facilement que son entourage immédiat l'opprime ou la dédaigne. « MM. les Administrateurs, conseille M. Jonnart [1], pourront sans doute faire appel, quelquefois, au concours des femmes françaises charitables qui habitent à proximité des groupes indigènes. Celles-ci peuvent facilement pénétrer dans les intérieurs arabes ou kabyles et y apporter des

[1] *Assistance médicale des Indigènes ;* circulaire du 5 décembre 1904, p. 32.

notions de propreté et d'hygiène, en même temps que des indications utiles sur l'opportunité de consulter un médecin. Sans doute, il s'agit là d'une action purement bénévole et qui ne saurait être imposée. Je suis cependant certain qu'elle sera obtenue aisément dans beaucoup de cas, parce qu'elle aura pour but une œuvre de bienfaisance et d'humanité. »

Mais combien plus sûrement utile et plus précis se montre le rôle actuel et futur de la femme médecin ! Voici que toute l'assistance médicale de la femme indigène devient son domaine ; les infirmeries spéciales ont fait leurs preuves ; partout la « tebiba » est accueillie et inspire confiance; les malades affluent auprès d'elle, femmes ou enfants, parce que, si elle représente la science européenne dont l'expérience de chaque jour arrive à confirmer la puissance salutaire, elle n'est pas, comme l'homme, une cause de pudeur effarouchée et bien souvent comprend mieux et réalise plus facilement de par sa nature un rôle qui est fait de patience, de douceur et de persuasion.

En le remplissant, ce rôle, la femme médecin accomplit à la fois une double tâche dont chacune d'elles lui semblera suffisante suivant l'idéal qu'elle s'est donné.

Envisage-t-elle le côté « carriériste » ? Voilà, en Algérie, un débouché trouvé. Sans se faire d'illusions sur les gains que pourra rapporter l'exercice de la médecine auprès des femmes indigènes de la classe aisée, il est cependant sûr que le chiffre de son traitement comme médecin de colonisation (2400 au minimum) en sera sensiblement augmenté. Et pour la femme qui a entrepris ses études avec le désir de se faire une personnalité propre, de se créer une existence suffisante, même isolée, et indépendante, voilà une situation presque satisfaisante et pleine d'intérêt. L'exercice de la médecine, toujours captivant, se double ici d'un problème

psychologique ; il s'agit de persuader, de convaincre des esprits primitifs, ignorants, parfois défiants, mais en ayant en mains l'arme la meilleure : l'arme de guérison. Enfin, la pathologie spéciale de la femme indigène est par elle-même intéressante.... et ce peut être un stimulant que le désir de faire une communication à un Congrès. .. (Voir préface !)

Mais envisageons maintenant les choses d'un point de vue plus élevé. Servant la cause de l'assistance de la femme indigène, la doctoresse sert également la cause de la civilisation ; et elle peut le faire avec conviction, sans que son propre esprit critique puisse laisser fuser un de ces petits rires sceptiques que l'on entend en soi quand le grand mot de « civilisation » est prononcé. Il ne s'agit plus ici de conquêtes territoriales dont l'utilité est difficilement comprise par le spolié, ni de trames administratives dont la complexité déroute souvent celui qui en doit tirer bénéfice. Il s'agit ici d'assistance, de soins et un soulagement physique demeure un fait acquis, incontestable Cette assistance exercée au profit de la femme indigène est le meilleur moyen d'action sur elle, et dès lors sur l'indigène homme. En effet, si la femme arabe est considérée par son maître plus souvent comme une bête de somme que comme une compagne, il n'en est pas de même de son fils, et le respect de l'arabe pour sa mère est des plus profonds, même lorsqu'il est en âge adulte. C'est par la femme indigène qu'on aura peut-être le plus d'action sur le musulman, car, par elle, on gagnera les générations nouvelles. Mme Maurin l'exprime de la sorte :

« Tant que la femme arabe ne sera pas ouverte à notre civilisation, nous ne pourrons compter sur la population indigène. La femme a sur son enfant une grande influence. Elle en est très aimée, et lorsqu'il s'agit de cacher quelque chose au mari l'enfant est toujours dans la confidence. Il est

de nombreux cas où j'ai assisté à des recommandations de silence à l'enfant par sa mère au sujet médical et jamais je n'ai constaté que le secret ait été vendu. »

La même opinion se retrouve chez tous ceux qui connaissent la mentalité musulmane et dont nous avons parcouru les travaux. La femme indigène est le meilleur intermédiaire entre le musulman et nous ; vis-à-vis d'elle, la femme européenne sera le meilleur agent d'influence. Et quelle supériorité n'aura t-elle pas si, par surcroît, la médecine lui donne des moyens de persuasion plus efficaces encore ! Elle devient alors tout à fait conforme à l'idée qui semble diriger à l'heure actuelle la question de colonisation. Jadis les vaincus n'avaient de valeur que comme ennemis à abattre ou comme outils à exploiter; peu importait leur personnalité même et certains estiment encore que, si nous devons combattre la mortalité indigène, c'est à seule fin de conserver des bras utiles à l'agriculture, des auxiliaires d'exploitation. De plus en plus cependant s'affirme cette conception que« en échange de ce que nous leur avons pris et en échange de ce qu'ils nous donnent sous forme d'impôts, nous devons aux indigènes plus que la sécurité, nous leur devons avec la justice, une parcelle de notre civilisation, un minimum de droits[1] ». En Algérie comme en Indo-Chine et à Madagascar, l'assistance médicale aux indigènes prouve cette heureuse évolution dans la politique coloniale. On secourt l'indigène pour lui-même et non pour le bénéfice qu'on en peut retirer; si ce dernier s'ajoute par surcroît, il n'en va que mieux. Or, par le fait seul que la femme médecin assistera surtout la femme indigène, surtout l'accouchée, surtout les enfants, son action portera immédiatement sur la mortalité infantile, que l'on sait être considérable parmi les indigènes; car si la popula-

[1] Dr Claverie; *loc. cit.*, p. 50.

tion progresse parmi eux, c'est grâce à l'excédent considérable de naissances.

C'est donc l'assistance médicale aux femmes indigènes qui se présente en somme comme la plus importante ; dès lors, c'est la doctoresse qui se présente comme l'agent essentiel et de pénétration civilisatrice et d'assistance salutaire [1].

Or, le recrutement des femmes médecins semble se faire avec difficulté. Malgré les appels envoyés aux Facultés de médecine, le nombre des demandes est restreint.

Dans un article de la *Dépêche Coloniale,* les causes de ce retard à répondre aux appels du gouvernement général sont passées successivement en revue.

« Il n'y a point à mettre en doute l'esprit d'abnégation de la femme française », y est-il dit. Nous le croyons volontiers et, s'il faut prendre encore dans notre pays d'origine des exemples du dévouement à une cause générale dont les femmes peuvent être capables, nous rappellerons qu'une grande partie, sinon la plupart, des Russes qui viennent chercher en France ou en Suisse l'instruction médicale ont

[1] Le *Petit Parisien* dit que depuis plusieurs années déjà des dames anglaises et allemandes parcourent le Maroc et y ont fondé des communautés, des dispensaires, des ouvroirs et des écoles pour le compte de leurs sociétés

Leur but, évidemment intéressé, est religieux, commercial et politique.

L'indigène ne songe nullement à s'offusquer de l'action de ces Européennes qui apprennent à ses épouses et à ses sœurs la couture, les travaux d'intérieur, l'hygiène et la médecine élémentaire.

Il y a là une installation d'influence, une emprise lente mais certaine.

Une Française est décidée à suivre cet exemple.

Cette Française, c'est Mme de Serno, connue par tous les habitants de la frontière de l'Oranie.

« Familiarisée, dès son enfance, avec la vie musulmane, elle sait comment il faut procéder dans ces pays pour s'y faire aimer. Les difficultés ne l'effraient guère. Ceux qui l'ont vue chevaucher, seize heures durant, dans le sud algérien, ne s'en effraient pas pour elle.»

Deux doctoresses de la Faculté de Paris, M. Fernand Boutroux, le docteur Segaux et M. Perrier de la Bastie, secrétaire de M. Mesureur, partiront avec elle.

pour but lointain, non pas de se créer une situation, ne viennent pas en « carriéristes », mais sont poussées par le désir de pouvoir être plus tard immédiatement utiles au peuple russe ; ignorant et pitoyable, il nous est à toutes également cher, et la pensée d'être à son contact, d'en connaître mieux les misères, de pouvoir les soulager dans une mesure même minime et souvent sans espoir de gratitude, est cependant un stimulant puissant. N'en saurait-il être de même en France ?

Plutôt vaut-il mieux invoquer le manque de doctoresses françaises. Il est incontestable que voir une femme, surtout si elle est placée dans une certaine situation de fortune, aborder les études médicales, même si l'avenir, par suite de conditions matérielles insuffisantes, doit lui réserver une existence morne, d'abord anxieuse du mari à venir, puis bornée à l'étroite préoccupation de vivoter, elle préfère souvent se résigner à ce sort qu'essayer de lutter avec la vie et de vaincre par elle-même.

D'autre part, l'accès de la femme française à l'enseignement supérieur ne se fait pas dans des conditions normales : une fois parvenue au terme régulier des études d'enseignement secondaire, le diplôme qu'elle obtient ne lui permet pas d'entrer dans les Facultés ; elle doit passer le baccalauréat, auquel aucune classe ne la prépare directement.

Aussi la pensée est-elle venue, au seul point de vue de la médecine, et en attendant une réforme plus ample de l'enseignement supérieur féminin, de modifier et compléter les programmes de l'enseignement secondaire des jeunes filles afin de préparer, justifier l'équivalence du diplôme d'études secondaires avec le baccalauréat.

Et voici les termes mêmes de l'article de M. Valran dans la *Dépêche Coloniale* [1] :

[1] Valran ; L'assistance médicale en Algérie. *Dépêche Coloniale*, 23 juin 05.

Cette équivalence ouvrirait aux élèves de nos lycées et collèges de jeunes filles l'accès des Ecoles de médecine; par suite, cette réforme permettrait un recrutement plus large des doctoresses réclamées pour l'organisation de l'assistance médicale aux femmes indigènes.

Ce ne serait pas suffisant, sans doute, d'augmenter le nombre des candidates à ces fonctions, il faudrait aussi leur procurer des aptitudes spéciales au milieu où elles auront à remplir ces fonctions.

Les futures doctoresses devraient connaître l'arabe, être initiées à la vie des indigènes.

Comment préparer cet apprentissage d'une fonction exclusivement africaine?

C'est ici que le programme poursuivi avec une si remarquable justesse de vues par M. Jonnart pourrait être complété.

Non seulement M. le gouverneur général pourrait, par mesure de transition, intervenir auprès de M. le ministre de l'Instruction publique pour faciliter aux jeunes filles diplômées de l'enseignement secondaire, l'accès des Ecoles de Médecine, mais le doctorat en médecine, une fois conquis, il pourrait mettre au concours, sous certaines conditions, des postes de stagiaires dans les hôpitaux algériens.

Pour préciser notre pensée, nous soumettrions à l'examen des hautes autorités compétentes les propositions suivantes, mesures transactionnelles en attendant l'organisation de l'enseignement supérieur féminin :

1° Toute jeune fille diplômée de l'enseignement secondaire est autorisée à se présenter au P. C. N., (physique, chimie, histoire naturelle), sans être pourvue d'un baccalauréat. Il est à noter que ce droit est *exceptionnel ;* l'exception doit être motivée par une mention spéciale, inscrite ultérieurement sur le diplôme de doctorat spécialement et exclusivement délivré pour exercer en Algérie-Tunisie l'assistance médicale aux femmes indigènes. Il est encore à noter que, d'après les règlements et les programmes actuels, il faut à une jeune fille pourvue du diplôme d'études secondaires deux ans au minimum d'études pour conquérir le baccalauréat Or, ces deux ans, elle pourrait les employer plus utilement en se spécialisant dans la préparation du P. C. N. Par ce fait, elle serait au niveau même

des études que l'Ecole de médecine est en droit d'exiger de ses candidats ;

2° Toute candidate à une fonction dans l'assistance médicale aux femmes indigènes serait admise après concours à une sorte d'internat dans les hôpitaux algériens pour y subir un stage qui lui permît de se familiariser avec la langue et les coutumes des indigènes, kabyle ou arabe.

Grâce à ces facilités d'études et de stage, la carrière, mieux comprise d'ailleurs et plus facilitée dans ses accès, sera plus recherchée. De ce côté, dans la métropole, les timidités seront rassurées devant un inconnu plus éclairé, les résistances seront vaincues là où l'hésitation donne prise ; de l'autre côté, dans notre Afrique du Nord, les bienfaits seront plus efficaces.

Ce sont là des détails si l'on veut, mais ils ont leur importance puisqu'il s'agit de favoriser l'œuvre entreprise vis-à-vis des indigènes et à l'accomplissement de laquelle M. Jonnart a voué tous ses efforts, œuvre de sage administration, œuvre de patriotisme éclairé, œuvre surtout de justice humanitaire.

Les doctoresses, conscientes de la place prépondérante qui leur est accordée de par les faits mêmes et de par le bon vouloir du Gouvernement Général, ne sauraient longtemps faire défaut à la mission qui leur incombe, convaincues à la fois de trouver une situation satisfaisante, de concourir à une œuvre de civilisation, et plus encore de pouvoir donner à leur existence le noble équivalent pratique contenu dans ces mots de Guyau : « Faire disparaître une souffrance, c'est déjà une fin satisfaisante pour un être humain. »

CONCLUSIONS

1. Les œuvres d'Assistance médicale indigène en Algérie semblent avoir été guidées par ce principe fondamental: « Il faut aller à l'Indigène ; il ne faut pas attendre qu'il s'accoutume aux modes d'assistance européens ; ce serait en vain ; mais il faut créer pour lui des moyens d'assistance adaptés à ses conditions habituelles d'existence et à ses mœurs. »

D'après le même principe, toutes les formes actuelles d'assistance médicale de la femme indigène reposent sur l'*utilisation des femmes-médecins*, de doctoresses.

2. Les efforts futurs doivent porter surtout sur l'*assistance des femmes en couches*, afin de diminuer, dans la plus large mesure, la mortalité maternelle et surtout la mortalité infantile considérable.

3. Le *rôle de la femme-médecin* en Algérie prend chaque jour plus d'importance ; il s'inspire d'une idée à la fois de pénétration civilisatrice et d'assistance humanitaire ; il se présente comme assez noble pour solliciter, de la part du Gouvernement Général, une amélioration de situation matérielle et pour provoquer de la part des doctoresses des candidatures plus nombreuses.

4. Les *résultats* des tentatives d'assistance médicale de la femme indigène ont été très encourageants et inattendus; c'est le meilleur stimulant à persévérer dans la voie tracée. Et si

parfois des opinions sceptiques ou décourageantes se faisaient entendre, peut-être serait-il bon de remarquer qu'il s'agit ici, à tout prendre, d'expérience sociale, et que des années et des années sont nécessaires pour en juger définitivement les résultats.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1905.
Le Recteur :
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juillet 1905.
Le Doyen :
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

PRÉFACE 7

PLAN 9

CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE 11

CHAPITRE II. — INSTITUTIONS COMMUNES AUX INDIGÈNES HOMMES ET FEMMES 23

A. — *Hôpitaux* 24

Institut Pasteur 24

B. — *Infirmeries indigènes* 25

Consultations gratuites 30

Vaccinations 31

C. — *Auxiliaires médicaux* 32

Instituteurs 33

Pharmacies scolaires 35

D. — *Ophtalmies* 36

Paludisme 36

E. — *Sources thermo-minérales* 36

Appréciation des résultats 37

En général 37

Au point de vue de la femme indigène 41

CHAPITRE III — INSTITUTIONS SPÉCIALES A LA FEMME INDIGÈNE. 43

A. — *Consultations gratuites et infirmeries* 43

B. — *Assistance aux femmes en couches* 59

CHAPITRE IV. — DU RÔLE DE LA FEMME ET PARTICULIÈREMENT DE LA FEMME-MÉDECIN DANS L'ASSISTANCE MÉDICALE DE LA FEMME INDIGÈNE 65

CONCLUSIONS 73

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.